Rok LI. Kraków, dnia 12. października 1912. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Niezawsze jednak osoba zarażona prątkiem durowym zapada na dur, lecz może bez żadnej dla siebie szkody przez jakiś czas przechowywać prątki durowe w przewodzie pokarmowym i wydzielać je, czyli staje się roznosicielem, w tym przypadku »zdrowym« (»porteur sain«). I tak G. Mayer (l. c.) znalazł w okręgu Kaiserslautern prątki durowe u kobiety, zresztą zdrowej, będącej w służbie u roznosicielki, a następnie (w innych przypadkach) u brata względnie dziecka, wreszcie u towarzysza zabawy roznosiciela. Roznosicielstwo, w ten sposób nabyte, jednak zazwyczaj trwa krótko. Na 1800 zbadanych osób zdrowych w przeciągu 2 lat (1903–1905) znalazł Klinger[31]) 27 t. j. 1·5% roznosicieli, wydzielających prątki jużto przejściowo, już też miesiącami. W przypadkach, gdzie »roznosiciele zdrowi« wydzielali prątki również latami, wywołując cały łańcuch zakażeń, jak np. w przypadku Parka (przyt. wedł. Boineta i Olmera l. c.), dotyczącym kucharki, która w przeciągu 8 lat zaraziła 29 osób durem, zawsze jest łatwo możliwem, że raczej chodzi o ozdrowieńca po durze brzusznym, lecz postaci poronnej.

Nie można jednak pominąć milczeniem faktu, iż ze strony autorów francuskich odzywają się głosy, przemawiające przeciw znaczeniu roznosicieli durowych. I tak np. Granjux[32]) zwraca uwagę na to, że w wojsku pomimo blizkiego stykania się w sąsiedztwie takiego roznosiciela w przeciągu kilku lat zaledwo kilka przypadków duru się pojawia. Linossier[33]) zaś podnosi, że w takiej miejscowości kąpielowej, jak Vichy, gdzie zjeżdża się dużo chorych z cierpieniami żółciowemi, a między nimi z pewnością dużo roznosicieli, jednak dotąd nie było epidemii duru brzusznego.

Otóż nieulega wątpliwości, że dziś, jak i dawniej, na pierwszem miejscu jako źródło zakażenia w durze brzusznym stoi chory, lecz obok tego nie można zaprzeczyć znaczenia roznosicieli, stwierdzonego szeregiem przekonujących spostrzeżeń.

Wobec tych wszystkich nader zajmujących zdobyczy ostatnich 10 lat, jednak — trzeba przyznać — prawie bezsilną jest profilaktyka. Już sam kamień węgielny każdej profilaktyki, t. j. wykrycie roznosicieli, jest niepewny. Nawet tam, gdzie lekarz, prowadzący kampanię przeciwdurową, ma do rozporządzenia pracownię bakteryologiczną (w Galicyi urządzono w ostatnich latach dwie takie rządowe stacye bakteryologiczne: we Lwowie przy zakładzie higieny, w Krakowie w szpitalu powszechnym), obecne nasze metody rozpoznawcze nie zawsze pozwolą na stwierdzenie lub wyłączenie prątków w kale, zwłaszcza, jeżeli ilość ich jest zbyt mała. (Dla wykrycia »roznosicieli zdrowych« ważnem jest spostrzeżenie, o którem już na wstępie niniejszego referatu wspomniałem, to jest, że próba aglutynacyjna daje u nich wynik dodatni, dochodząc nawet do $^1/_{200}$ i charakteryzuje się według Dennemarka (l. c.) przez to, iż występuje nader powoli (w odczynie makroskopowym), a rozstrzygającem jest stwierdzenie wyniku dopiero po 24 godzinach).

Jeżeli już roznosiciela wykryto, nastręczają się dopiero trudności właściwej profilaktyki. Internowanie roznosicieli, jak tego próbowano z początku w Niemczech, latami, a choćby i miesiącami, przeprowadzić się nie da. Wyjątkiem będą takie zarządzenia, jak Froscha[34]), który w 4 wsiach odosobnił 73 roznosicieli (przeważnie dzieci), albo usunięcie roznosicieli w ten sposób, jak tego dokonano w armii japońskiej, w której po wojnie rosyjskiej wszystkich żołnierzy, ponad 6 tygodni wydzielających prątki durowe, uznano za niezdolnych do służby[35]). Istotną pomocą byłoby wyszukanie jakiegoś środka dla »wewnętrznego odkażania«; w tym względzie wykonano już liczne próby (cholagoga, yoghurt), nieraz[36]) z wynikiem dodatnim. Lepsze wyniki otrzymano w przypadkach wydzielania prątków durowych w moczu, i to przez podawanie urotropiny wzgl. borowertyny. O operacyjnem usuwaniu pęcherzyka żółciowego (Dehler), które zresztą nie usunęło roznosicielstwa i nadto w kilku przypadkach skończyło się niepomyślnie, wspominam tylko jako o chwilowem zbłądzeniu z drogi.

[31]) Arb. aus d. kais. Gesdhte. 25. 1907.
[32]) Wedł. Boineta i Olmera. l. c.
[33]) ibidem.
[34]) Wedł. Boineta i Olmera l. c.
[35]) Tsuzuki, Ctbl. f. Bakt. Ref. 47.
[36]) Np. Liefmann. Ctblt. f. Bakt. Ref. 44, 1909.

Pozostawałoby więc tylko traktowanie roznosicieli na równi z chorymi, t. j. stosowanie u nich tak zw. »bieżącego« odkażania przez cały okres roznosicielstwa, czyli niekiedy przez życie całe. Że tu jednak najlepsze pouczanie i nawoływanie do przestrzegania skrupulatnej czystości, do ostrożności w obchodzeniu się ze środkami spożywczymi, nie wystarczy, wynika z natury ludzkiej wogóle i z małej w niejednym przypadku inteligencyi roznosiciela.

Roznosiciele duru rzekomego — i to paratyfusu B — okazują w wielu punktach zupełne podobieństwo do roznosicieli prątków durowych właściwych. Więc i tutaj stwierdzono (n. p. G. Mayer[37]) na 39 roznosicieli-ozdrowieńców 6) takich, u których wydzielanie stwierdzano bakteryologicznie przeszło 1 rok, u 3 nawet 2–4 lat i, jeżeli się kierujemy wywiadami, to w 1 przypadku przeszło 4, w innym przeszło 10 lat. I tu także wydzielanie prątków odbywa się okresowo, w przerwach 5-miesięcznych, ba nawet $1^1/_2$-rocznych (tak, iż zdaniem wymienionego autora, chodzi tu raczej o nowe zakażenie), tak samo widzimy tu skłonność prątków paratyfusowych do usadawiania się w pęcherzyku żółciowym, jak tego dowodem np. przypadek paratyfusowego zapalenia pęcherzyka, opisany przez Eversa i Mühlensa[38]). Lecz bardzo wcześnie w toku badań stwierdzono fakta, przemawiające za daleko większem rozpowszechnieniem prątków paratyfusowych, aniżeliby odpowiadało sposobności zakażenia. Oto Conradi[39]) (1903) stwierdza częstą obecność prątków paratyfusowych w stolcach osób zakażonych prątkami duru brzusznego lub u ozdrowieńców po durze, a inni [Gaethgens[40]), Fornet[41]), G. Mayer] to potwierdzają. Rimpau[42]) opisuje 26 takich »przygodnych« (gelegentlich) roznosicieli paratyfusu B. Także jako towarzysza innych zakażeń, np. zakażenia połogowego, zapalenia okostnej, wykazano prątka paratyfusu, i to we krwi. ba nawet spostrzegano masowe pojawianie się jego we krwi, (a następnie i w stolcach) u ludzi zupełnie zdrowych. Znajdowano następnie (Kayser, Rimpau[43]) prątki te u osób zdrowych, zwłaszcza u dzieci szkolnych, niemających żadnej styczności z chorym na dur rzekomy i niewywołujących żadnych zachorowań w swojem otoczeniu. G. Mayer, który spostrzegał to samo, zwraca uwagę na to, że chodzi tu o dzieci ludności wiejskiej, hodującej trzodę chlewną, z którą dzieci łatwo się stykają. A właśnie u świń stwierdził Uhlenhut[44]) i jego współpracownicy (1907) częstą obecność prątka paratyfusu w treści kiszek, i to albo u sztuk zupełnie zdrowych (8·4%), albo przy rozmaitych chorobach. Tak samo i u krów, np. przy zapaleniu macicy (endometritis gangraenosa) wykryto obecność tego prątka (Hübener). Do tego dodać trzeba spostrzeżenia, dowodzące obfitego rozpowszechnienia prątków tych w naturze poza ustrojem zwierzęcym i świadczące zarazem o braku własności chorobotwórczych w takich razach. I tak Gaethgens[45]) 2 razy spostrzegał prątki paratyfusu w wodzie do picia bez żadnych następstw, Ostertag i inni podają analogiczne fakta, dotyczące mięsiwa, w powyżej zaś przytoczonej pracy G. Mayera znajdujemy nawet wiadomość, iż nie zawahano się użyć do zasilania głównego wodociągu w Pfalz źródła, w którem latami wykazywano obficie prątki paratyfusu B! To też wobec tego zrozumiałem jest wyrażenie Conradiego o walce z wiatrakami, przytoczone na samym wstępie. Późniejsze jednak prace Trautmanna, Königa, Aumanna[46]) itd. wykazują, że takie ogólne rozpowszechnienie (»Ubiquität«) prątka paratyfusu jest ograniczone tylko do pewnych miejscowości (np. okolic nadreńskich, Berlina), inne zaś miejscowości (np. Hamburg) takiego rozpowszechnienia tego prątka nie okazują.

Pomimo tego jednak nie można zaprzeczyć, że powyżej przytoczone fakta osłabiły znacznie doniosłość wykrycia prątków duru rzekomego, co do których, jak widać, nawet pojawienie się ich w wielkiej ilości we krwi nie jest dostatecznym dowodem związku przyczynowego z daną chorobą. Wogóle tak samo, jak w próbówce prątek paratyfusu okazuje dużo cech wspólnych z prątkiem okrężnicy, tak i epidemiologia potwierdza to pokrewieństwo: prątek paratyfusu może występować jako prątek jadowity, — a bywa takim w przypadkach, przebiegających klinicznie w postaci podobnej do klasycznego duru brzusznego — lecz stosowanie środków zapobiegawczych u każdego »roznosiciela zdrowego« byłoby przesadą. Takie też stanowisko zajmuje pierwsza grupa autorów (Gaethgens, G. Mayer i inni). W każdym razie jednak, zdaniem mojem, nie można lekceważyć roznosicieli, zajętych wyrobem lub sprzedażą mięsnych środków spożywczych (masarzy, wędliniarzy), bo łatwo może nastąpić u nich okres wzmożonej jadowitości prątka paratyfusu, a w następstwie tego gromadne zakażenie mięsem. (Tu trzeba nadto dodać, że wogóle studyum prątków z grupy paratyfusu dalekie jeszcze od ukończenia i że prawdopodobnie dużo z powyższych sprzeczności statystycznych wyjaśni się z chwilą, kiedy potrafimy rozróżnić dalsze »odmiany« paratyfusu).

Roznosiciele czerwonki. Znaną i charakterystyczną własnością czerwonki jest wielka jej skłonność do nawrotów. Wobec tego faktu utrzymywanie się prątków czerwonki w ustroju (w przewodzie pokarmowym) daleko po za okres ozdrowiania będzie bardzo prawdopodobnem. Lecz w badaniu nie tak łatwo stwierdzić to przypuszczenie. Każdy, kto miał sposobność zajmować się nieco większym materyałem czerwonkowym, wie, jak łatwo i jak obficie wyrastają kolonie prątka czerwonki na płytkach (Conradi-Drigalskiego) w przypadkach ostrych, cechujących się obecnością krwi i śluzu w stolcach. Jednak ilość prątków nader szybko obniża się z chwilą, kiedy stolce zaczynają przybierać cechy zwykłych stolców biegunkowych. Możność wykrycia prątków jednak jest zawsze jeszcze dopóty znaczna, dopóki utrzymuje się śluz w stolcach; z kału sformowanego wyhodowanie prątków udaje się już bardzo rzadko. Prawdopodobnie w znacznej części winien tu niezupełnie odpowiedni skład pożywek lub postępowanie przy hodowaniu. To też pierwsze systematyczne badania w tym kierunku podają stosunkowo krótki okres wydzielania prąt-

37) l. c.
38) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1909.
39) Ctblt. f. Bakt. Ref. 35. 1904.
40) Arb. aus d. Gesdhte. 25. 1907.
41) Arb. aus d. Gesdhte. 27.
42) Ctblt. f. Bakt. Ref. 43. 1909.
43) Arb. aus d. Gesdhte. 30. 1909.
44) Bericht u. den XIV. Kongress für Hyg. 1907. Bd. 4.
45) Arb. aus d. kais. Gesdhte. 30. 1909
46) Ctblt. f. Bakt. 57. 1911.

ków. Lentz[47]) znalazł je w 3 przypadkach na 12 jeszcze w 4—5 tygodni po wyzdrowieniu, Conradi jako średni okres podaje 1—2 tygodni. W badaniach naszych, prowadzonych wspólnie z Gąsiorowskim i Rudzkim[48]), w seryi 20 przypadków przewlekłej biegunki, z których większość była ozdrowieńcami po czerwonce (bac Y), pomimo częstej obecności śluzu w stolcach zaledwo raz zdołaliśmy wykryć prątki czerwonki (a w przypadku tym w dodatku na sekcyi wykazano jeszcze przewlekłe zmiany czerwonkowe). Późniejsze jednak badania stwierdzają znaczniejsze odsetki roznosicieli wśród ozdrowieńców, i to w okresie nieraz bardzo długim. (Liczne przykłady znaleść można w referacie Lentza[49]). I tak np. z najnowszych zestawień Simon w Strassburgu[50]) podaje, że na 55 bakteryologicznie stwierdzonych przypadków czerwonki Y u żołnierzy, czterech wydzielało prątki przez przeciąg 144 resp. 162, resp. 214, ba nawet 918 dni. Podobnie, jak w durze brzusznym, i tu wydzielanie zjawia się okresowo w odstępach kilkudniowych wzgl. tygodniowych. Ilość kolonii jest zawsze nieznaczna, nie spostrzegamy tu owej przewagi prątka czerwonki nad resztą flory jelitowej, jak to nieraz bywa u roznosicieli duru. Siedzibą prątków jest tu sama ściana jelit, żółć jest wolna od nich.

Także i w czerwonce znamy »roznosicieli zdrowych«, i to, jak dotąd, głównie dzieci, u których Duval, Jehle i Charleton, Conradi[51]) znajdowali prątka Y. Że istotnie w razie stwierdzenia prątków czerwonkowych u zdrowego osobnika należy obecność prątków tłómaczyć jako zjawisko roznosicielstwa, a nie jako wyraz rozpowszechnienia (ubiquitas) prątków, tego dowodem jest też i serya naszych badań (l. c.), w której na 129 próbek treści jelita grubego, pobranych na sekcyi osób zmarłych na inne choroby, tylko raz jeden wykryto prątka Y, a był to właśnie przypadek, w którym zmiany sekcyjne przemawiały za przewlekłą czerwonką.

Wobec małej średnio ilości prątków czerwonkowych w stolcach roznosicieli, Kruse (l. c.) niebezpieczeństwa z ich strony dla otoczenia nie ceni zbyt wysoko, wskazując na przewagę niebezpieczeństwa ze strony przypadków ostrych i nawrotów. Stanowisko to może być słuszne co do czerwonki, występującej wśród ludności wolnej. Lecz w czerwonce w zakładach, więzieniach, a przedewszystkiem w zakładach dla umysłowo chorych, gdzie styczność jest nader łatwa i częsta, przestrzeganie zaś czystości ze strony mieszkańców zgoła niedostateczne, roznosiciele, zdaniem naszem, są głównemi ogniwami, łączącemi poszczególne epidemie w nieskończoność endemii. (Na dowód tego możnaby przytoczyć bardzo pouczające spostrzeżenia, dotyczące czerwonki w zakładzie Kulparkowskim). Toteż odosobnienie ozdrowieńców przez możliwie długi czas w zakładach takich należy uważać za jeden z najważniejszych czynników stłumienia wzgl. ograniczenia epidemii. Co się tyczy epidemii wojskowych, to słusznem wydaje mi się stanowisko Simona (l. c.), według którego zbytecznem byłoby w warunkach prawidłowych i przy dobrej zresztą higienie koszar, odosabniać każdego roznosiciela, natomiast nienależy takich żołnierzy brać na manewry, ani przydzielać im pracy w kuchni.

(Dokończenie nastąpi).

47) Wedł. Krusego, Klin. Jahrb. 19. 1908.
48) Dzienn. I. Zj. intern. polskich 1909.
49) Kolle-Wasserm. II. Ergänzsbd.
50) Ctblt. f. Bakt. Or. 56. 1910.
51) Według Krusego l. c.

Oceny i sprawozdania.

Odporność. Uodpornienie. Nadwrażliwość.

Referat, odczytany w Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem dnia 4. maja 1911 r.

Napisał

Dr B. Dziemski,

Ordynator Szpitala św. Wincentego w Lublinie.

(Dokończenie).

Nierównie większe praktyczne znaczenie posiada uodpornienie swoiste, stosowane przeciw odrębnym chorobom zakaźnym.

Podług Ehrlicha, rozróżniamy dwa główne rodzaje sztucznego swoistego uodpornienia: czynne i bierne.

Pod mianem uodpornienia czynnego rozumiemy szczepienie bakteryi lub wytworów bakteryjnych i następującą wskutek tego produkcyę swoistych ciał obronnych w ustroju zaszczepionego. Po każdem zaszczepieniu następuje odczyn ustroju w postaci wzmożenia czynności komórek i wytwarzania swoistych niweczników. Gdzie niema takiego odczynu, tam niema pewnego skutku szczepienia. Niezjadliwe toksyny nie wywołują żadnych antytoksyn. Zwierzęta zgoła niewrażliwe również nie wytwarzają żadnych antytoksyn.

Ehrlich w swej pracy: »Przyczynek do eksperymentalnej patologii i chemoterapii« (Lipsk 1909), odróżnia w czynnem uodpornieniu 4 możliwości:

1) Receptorów niema zupełnie; zwierzę posiada naturalną odporność, ale tworzenie niweczników jest wykluczone.

2) Receptory są, ale w narządach, które dla ustroju mają podrzędną wartość, lub na które jad nie działa. Uodpornienie jest tu szczególnie łatwe.

3) Receptory są w wielu miejscach, zarówno w narządach wrażliwych na jad, jak niewrażliwych. Istnieje względna odporność. Warunki do wytworzenia niweczników istnieją, lecz uodpornienie nie zawsze jest łatwe i wynik zakażenia zależy od sposobu jego przeniknięcia do ustroju.

4) Siedziba receptorów znajduje się wyłącznie w narządach wrażliwych na jad. Wytwarzanie niweczników jest teoretycznie możliwe, ale praktycznie bardzo trudne do wykonania.

Przy uodpornieniu czynnem ustrój sam musi wytwarzać niweczniki, nim więc nastąpi odporność, zawsze upływa pewien okres, trwający 5 do 10 dni, podczas którego najczęściej wywiązuje się wzmożona wrażliwość, t. zw. faza ujemna.

Odporność wskutek czynnego uodpornienia trwa względnie długo, nieraz wiele miesięcy.

Ciała ochronne mogą we krwi zmniejszyć się znacznie, zwierzę jednak nie traci przytem odporności. Pod wpływem raz przebytego zakażenia ustrój przy następnem zakażeniu oddziaływa o wiele szybciej i po zastosowaniu minimalnej dawki materyału zakaźnego wytwarza swoiste ciała obronne w nadmiarze. Stwierdza to następujące doświadczenie Wassermanna i Kollego: Królikom wstrzyki-

wano żywe bakterye durowe i zostawiano je dłuższy czas w spokoju, aż do zupełnego zniknięcia aglutynin. Wtedy zwierzętom tym wstrzykiwano tak małą dawkę hodowli prątków durowych, która u zwierząt prawidłowych, nie poddawanych doświadczeniu, nie wywołuje w surowicy żadnych zmian, i ta minimalna dawka ($^1/_{400}$ pętli platynowej) wywoływała bardzo szybkie i bardzo obfite wytwarzanie się aglutynin. Analogiczne doświadczenie przeprowadził Dungern co do precypityn.

Co do czynnego uodpornienia u ludzi Shiga stwierdził na sobie, co następuje: 0,5 cm szczepionki durowej u ludzi zdrowych, prawidłowych, daje aglutynacyę i w rozcieńczeniu 1:80. Shiga zaś, który przed 12 laty przechodził dur brzuszny, po zaszczepieniu 0,25 cm^3 po upływie 8 dni znalazł u siebie aglutynacyę surowicy w rozcieńczeniu 1:640.

Metoda uodpornienia czynnego bywa stosowana w zakresie dość szerokim w celu wytworzenia w chorym ustroju swoistych ciał ochronnych przeciw zarazkom, które do ustroju już wtargnęły.

Na tej zasadzie polega wakcynoterapia wścieklizny, leczenie chorych na gruźlicę tuberkuliną i wprowadzone przez Wrighta stosowanie szczepionek w zakażeniach gronkowcami i innemi bakteryami.

Czynne uodpornienie stosowane być może zarówno przeciw jadom o charakterze toksycznym, jak przeciw żywym bakteryom.

Przy działaniu toksyn na ustrój zwierzęcy możliwe są trzy następujące wyniki:

1) Zwierzę ginie wskutek zatrucia.

2) Zwierzę staje się na działanie jadu odpornem, t. j. w surowicy danego zwierzęcia powstają ciała, które wiążą toksyny.

3) Zwierzę nie ginie, lecz ulega charłactwu, a w ustroju jego niema żadnych niweczników.

Niekiedy przy czynnem uodpornieniu zwierzęcia zamiast odporności wywiązuje się nadwrażliwość, stan uczulenia, do którego jeszcze wrócimy.

Uodpornienie przeciw bakteryom może być przeprowadzone zapomocą żywych niezmienionych zarazków, dalej zapomocą żywych, ale osłabionych zarazków, wreszcie zabitemi bakteryami lub też podług t. zw. »Simultanmetode«, polegającej na jednoczesnem wstrzyknięciu bakteryi i surowicy ochronnej, t. j. na kombinacyi uodpornienia czynnego i biernego.

Uodpornianie żywymi zarazkami niema szerokiego zastosowania z powodu niebezpieczeństwa zakażenia.

O wiele częstsze praktyczne zastosowanie znajduje uodpornianie bakteryami osłabionemi. Osłabienie bakteryi można osiągnąć działaniem środków chemicznych, hodowaniem przy wyższej lub niższej ciepłocie, przeprowadzeniem przez ustrój zwierzęcy (Tierpassage). Na podstawie przeprowadzania zarazków przez ustrój zwierzęcy polega najlepszy ze wszystkich sposób uodpornienia, mianowicie szczepienie ospy ochronnej.

Na osłabieniu bakteryi wąglika wskutek działania różnych stopni ciepłoty polega przygotowanie szczepionek, których Pasteur używał do szczepienia przeciw wąglikowi. Na suszeniu zarazków i osłabieniu ich jadowitości polega metoda ochronnego szczepienia przeciwko wściekliźnie. U ludzi w ogólności stosuje się czynne uodpornienie zapomocą tylko zabitych bakteryi. Stosując zabite bakterye cholery, duru, dżumy i czerwonki, można uzyskać wysoki stopień czynnej odporności.

Wstrzykiwania toksyn są połączone z tak wielkim wpływem szkodliwym, że próby uodpornienia czynnego przeciw toksynom wogóle nie bywają u ludzi przedsiębrane.

Uodpornienie czynne u zdrowych ludzi stosujemy w celu osiągnięcia odporności trwającej czas dłuższy; nie daje ono bezwzględnej ochrony, tego jednak nie można osiągnąć żadną inną metodą. Stosujemy oprócz ochronnego szczepienia ospy, szczepienie przeciw dżumie, durowi i cholerze. Chociaż uodpornienie czynne przeciw tym chorobom nie ma bezwzględnie ochronnego znaczenia, to jednak stwierdzono pewne zmniejszenie ilości zachorowań zaszczepionych w porównaniu z niezaszczepionymi. Choroba często przebiega łżej, ponieważ u szczepionych bakterye po zetknięciu się z surowicą giną szybciej, niż w tych przypadkach, gdzie szczepienia nie było.

Uodpornienie czynne u ludzi chorych zaczęto stosować (pominąwszy tuberkulinę) dopiero w ostatnich czasach. Uodpornienie tego rodzaju zwią szczepieniem (vaccinatio). Tu, zgodnie ze zdaniem powag współczesnych, należy zaznaczyć, że przy sprawach septycznych jest uodpornienie czynne przeciwwskazane.

We wszystkich bowiem przypadkach, w których ustrój jest zatruty, ciała bakteryobójcze tworzą się w ilości niedostatecznej, a przez szczepionkę dodaje się do istniejącej już ilości jadu nową ilość jego i tym sposobem następuje obostrzenie szkodliwego działania bakteryi.

Wskazane bywa uodpornienie czynne z celem leczniczym przy ograniczonych sprawach chorobowych, w których właśnie z przyczyny lokalizacyi wytworzenie niweczników jest niedostateczne, (dzieje się to często w tkankach źle unaczynionych, co utrudnia rozszerzenie się ciał trujących z ogniska choroby po całym ustroju), ponieważ w tych warunkach brak do wytworzenia się niweczników niezbędnego bodźca, t. zw. »ictus immunisatorius«. Wchodzą tu w rachubę: czyraczność (furunculosis), zapalenia pęcherza, trądzik (acne), grzybice skórne, wiewiór, róża, umiejscowione ropienia różnego rodzaju, wywołane różnemi bakteryami.

Leczenie należy oczywiście prowadzić temi bakteryami, które są przyczyną danego cierpienia.

Odróżniamy szczepionki gotowe, znajdujące się w handlu, od szczepionek przyrządzanych z bakteryi, wyhodowanych z chorego ogniska danego chorego (autovaccina).

Przyrządzanie takich autowakcyn polega na: 1) otrzymaniu czystej hodowli, 2) przyrządzeniu zawiesiny bakteryi w fizyologicznym rozczynie soli z dodatkiem $^1/_4$ $^0/_0$ lizolu, 3) zabiciu bakteryi ogrzewaniem w ciągu godziny przy 60^0, 4) sprawdzeniu posiewami, czy bakterye zostały zabite. 5) Dla utworzenia zawiesiny wstrząsa się bakterye w powyższym płynie w ciągu 15—60 minut w naczyniu z 2—3 perełkami w przyrządzie do wstrząsania. 6) Ilość bakteryi w danej szczepionce oblicza się zapomocą posiewów na płytkach, lub sposobem Wrighta, który zawiesinę bakteryi miesza z równą ilością krwi w specyalnej pipecie; ilość bakteryi oblicza się podług ilości erytrocytów w 1 mgr wziętej krwi.

Przechodzimy do biernego szczepienia ochronnego. Mianem »uodpornienie bierne« określamy szczepienie zapomocą surowicy krwi zwierzęcia, które przedtem zostało uodpornione czynnie. Ochrona następuje natychmiast po wstrzyknięciu, ponieważ ciała ochronne wprowadza się w formie gotowej; jako przykład może służyć surowica przeciwbłonicza.

Podług Ehrlicha, seroterapia antytoksyczna jest najidealniejszą formą leczenia wogóle, ponieważ jest etyologiczna w najściślejszem tego słowa znaczeniu i ponieważ ochronne substancye surowicy kieruje wyłącznie ku zwalczeniu wroga bez zadrażnienia innych tkanek i narządów.

Surowice antytoksyczne mają jednak pewne strony ujemne; przedewszystkiem nie jest rzeczą możliwą wstrzykiwać same tylko nieszkodliwe substancye ochronne surowicy; wstrzykuje się je razem ze składnikami obcymi, z białkiem innego ustroju, które wywołuje, jak wiadomo, objawy bardzo podejrzanej natury. Powtóre przez uodpornienie bierne otrzymujemy odporność, trwającą krótko. Ciała ochronne, pochodzące z innego zwierzęcia, zostają po upływie bardzo krótkiego czasu (10—15 dni) wydalone z ustroju. Przy stosowaniu surowicy swoistej przeciwbłoniczej i tężcowej, bakterye nie ulegają zniszczeniu przez

antytoksyny, lecz tylko jad przez nie wydzielany zostaje związany przez ruchome chwytniki i wskutek tego zobojętniony, t. j. powstrzymuje się łączenie jadu z chwytnikami ważnych dla życia narządów.

Seroterapia, polegająca na wstrzykiwaniu antytoksyn, powinna w każdym przypadku prowadzić do wstrzyknięcia odpowiedniej ilości antytoksyn. Przy tężcu seroterapia niestety bardzo często nie sprowadza wyleczenia. Zależy to od tego, iż antytoksyny mogą wiązać tylko wolne toksyny i nie jest możliwem rozerwać połączeń komórkowych chwytników z toksynami.

Dlatego seroterapia antytoksyczna powinna być stosowana jaknajwcześniej. Na tej zasadzie opierają się nowe metody stosowania surowic nie podskórnie, ale śródżylnie lub w mięśnie, aby przyspieszyć wessanie antytoksyn. Teoretycznie jest rzeczą możliwą, że przy bardzo znacznym nadmiarze antytoksyn pewna część toksyn, związana z komórkami, może oderwać się od nich. Na tej podstawie polegają nowe metody kliniczne stosowania kolosalnych dawek 30—60.000 jednostek ochronnych, w przypadkach bardzo ciężkich, beznadziejnych.

Przy uodpornieniu spotykamy się dość często ze stanem uczulenia, czyli nadwrażliwości (anaphylaxia). Uczulenie polega na tem, że ustrój, na który już raz podziałano pewnym bodźcem, oddziaływa silniej, niż ustrój inny tego samego gatunku, na który tem samem podrażnieniem podziałano po raz pierwszy. Pierwszy Behring (1893) zwrócił uwagę na uczulenie względem toksyn u koni wysoko uodpornionych przeciw błonicy i tężcowi. U koni tych, pomimo wielkiej ilości antytoksyn we krwi, następowało nagłe zatrucie po stosunkowo małej dawce toksyn.

Stan nadwrażliwości nigdy nie przypada bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu; zwykle upływa pewien okres utajenia.

Najwybitniejszą nadwrażliwość (podług Pirqueta i Schicka) można wywołać, stosując śródżylnie ponowne wstrzyknięcie nieznacznej ilości surowicy w 14—21 dni po wstrzyknięciu śródotrzewnem. Taka nadwrażliwość surowicza jest swoistą i zwierzęta, którym wstrzyknięto surowicę końską, są uczulone wyłącznie względem surowicy końskiej. Nadwrażliwość może być wywołana każdem obcem białkiem, n. p. mlekiem, ciałkami krwi, białkiem z jaja, białkiem roślinnem i t. p. Szczególnie wyraźnie występuje to zjawisko u świnek morskich, którym w celu określenia siły surowicy przeciwbłoniczej wstrzyknięto mieszaninę jadu błoniczego i niewielką ilość surowicy przeciwbłoniczej końskiej (Theobald, Smidt, Otto); jeżeli tym zwierzętom po upływie 14 dni wstrzyknąć niewielką ilość prawidłowej końskiej surowicy, giną one szybko wśród kurczów i duszności.

Obraz wstrząsu przy uczuleniu polega na silnem zmniejszeniu ciśnienia krwi, rozdęciu płuc, opóźnieniu krzepnięcia krwi, leukopenii, jak również na bardzo szybko zwiększającym się spadku ciepłoty ciała (5—6°C podług Pfeiffera).

Wejchert w 1901 r. wykrył jad anafilaktyczny, łącząc białko z łożysk z odnośną swoistą surowicą. Syncytyotoksyna ta okazała się dla zwierząt bardzo trującą.

Objawy rzucawki mogłyby być uważane za objawy nadwrażliwości. Prawdopodobnie często spostrzegane idyosynkrazye ludzi wobec niektórych pokarmów, jak poziomki, raki i t. d., zależą od wrodzonej albo nabytej nadwrażliwości, mianowicie od obecności niweczników, które szkodliwe dla danego osobnika białko rozszczepiają i wytwarzają substancye trujące.

Odczyn anafilaktyczny zastosowano do celów rozpoznawczych, do badania białka (krew, mięso) i t. d.

Bakteryjna nadwrażliwość jest ściśle swoistą. Świnki morskie, którym stosowano wyciągi durowe, oddziałują wyłącznie na ponowne wstrzyknięcie wyciągu durowego, nie oddziałują na przecinkowce cholery, na bakterye paratyfusu i t. p.

Przy stosowaniu surowic leczniczych (otrzymywanych z koni) spostrzegano jako uboczne działanie surowicy różnego rodzaju objawy chorobowe, jak: pokrzywkę, obrzęki, bóle w stawach, powiększenie gruczołów chłonnych; objawom tym towarzyszy prawie zawsze gorączka.

Zbiór powyższych objawów, nazwany (przez Pirqueta i Schicka) chorobą posurowiczą, występuje po pierwszem wstrzyknięciu, po 8—10 dniach utajenia. Po paru dniach wszystkie objawy znikają. Choroba posurowicza nie zależy od ciał ochronnych, zawartych w surowicy, lecz od obcego białka. Po następnych wstrzyknięciach surowicy objawy najczęściej występują prędzej — prawie bez okresu utajenia, są silniejsze, zwłaszcza wtedy, jeżeli pomiędzy pierwszem a drugiem wstrzyknięciem upłynął pewien czas. Podług Pirqueta stan uczulenia przypada 10. dnia po pierwszem wstrzyknięciu i dosięga szczytu pomiędzy 3—6. tygodniem. Niekiedy niezwłocznie po wstrzyknięciu może nastąpić groźny zapad. Przy powtórnem wstrzyknięciu okres utajenia bywa krótszy, ponieważ wytwarzanie niweczników odbywa się szybciej. U ludzi spostrzegano rzadko ciężkie przypadki nadwrażliwości, nawet przy wstrzyknięciach śródżylnych, może dlatego, iż wstrzykiwania następują w krótkich odstępach czasu jedno po drugiem, przerwa nie dorównywa okresowi utajenia (10 dni), nadto człowiek w stosunku do swej wagi otrzymuje niewielką ilość surowicy (człowiek ważący 70 kilgr. mógłby znieść około 450 cm. surowicy wstrzykniętej jednorazowo, skoro świnka morska ważąca 300 gr. znosi 2 cm surowicy wstrzykniętej śródotrzewnie).

Próby uczynienia surowicy nieszkodliwą dotąd nie powiodły się. Surowica starsza jest bezpieczniejsza od świeżej; w handlu mamy surowicę paromiesięczną. O ile zachodzi potrzeba powtórnego wstrzyknięcia surowicy po pewnym dłuższym odstępie czasu, powinno się używać surowicy wysokowartościowej, zawierającej małą ilość obcego białka, a wstrzyknięcia należy robić wyłącznie podskórnie.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Pentimalli. **O zmianach mechanizmu oddechowego w przebiegu zatoru tętnicy płucnej.** (Riforma medica Nr. 19. 1912). P. wywołał u zwierząt zator tętnicy płucnej, wstrzykując do żyły usznej lub udowej oliwę albo powietrze, przyczem u niektórych zwierząt wystarczała już niewielka ilość oliwy lub powietrza do wywołania znacznych zmian oddechowych natomiast u innych trzeba było znacznie większych ilości. Krzywą oddechu uzyskiwał P. u królików zapomocą maseczki oddechowej z metalu, połączonej z bębenkiem Mareya, u psów zaś posługiwał się zastawkami oddechowemi Zuntza. Nadto używał spirometru Verdina, co wszystko pozwalało mu oznaczać częstość, rytm, siłę, typ i pojemność oddechową. Doświadczenia swe podzielił P. na 2 grupy; w pierwszej pozostawiał nietknięte nerwy błędne, w drugiej przecinał je. Z doświadczeń pierwszej grupy wynikło, że objawy, powstające przy wywołaniu zatoru powietrznego lub tłuszczowego w zakresie tętnicy płucnej, zależą przedewszystkiem od ilości zatkanych rozgałęzień tętnicy płucnej. Przy nieznacznem zatkaniu zwiększała się częstość i siła oddechu, zmniejszała się natomiast ilość powietrza oddechowego. Przy rozleglejszem zatkaniu dołącza się przedłużenie wdechu, lub też obu okresów oddechowych. Zwiększenie już istniejącego zatoru przez powtórne wprowadzenie do żyły oliwy lub powietrza, wywołuje silną duszność i bardzo wybitne zaburzenia w rytmie, poczem dołącza się okres zwolnienia oddechu, wreszcie

oddech całkiem się zatrzymuje; nakoniec oddechy końcowe w różnej ilości. Podczas zatrzymania oddechu i oddechów końcowych serce ciągle biło. Jeżeli ilość oliwy lub powietrza jest bardzo wielka, powstają zaraz drgawki ogólne, nasilone wdechy, następnie zatrzymanie czynności oddechowej o zmiennej długości, wreszcie oddechy końcowe, przyczem czynność serca ciągle się utrzymywała. Wszystkie te objawy, nie będące niczem innem, jak objawami asfiksyi, można wywołać także w inny sposób, n. p. przez zaciśnięcie tchawicy. Zależą one nietylko od upośledzenia krążenia płucnego, ale także od zmniejszenia się wentylacyi płucnej, co wyniku z pomiarów spirometrycznych, a ma źródło w tem, że wskutek nagłej przeszkody w krążeniu wytwarza się przesięk w pęcherzykach płucnych, stwierdzony anatomicznie. Doświadczenia te stwierdzają również, że przyczyną śmierci zwierzęcia przy zatorze tętnicy płucnej jest uduszenie, bo czynność serca trwała jeszcze po zupełnem ustaniu oddechów. Druga grupa obejmowała doświadczenia, gdzie w podobny sposób wywoływał P. zator tętnicy płucnej, a nadto przecinał nerwy błędne osobno, lub równocześnie. Otóż przecięcie nerwów błędnych ma różny skutek, zależnie od okresu, w jakim się go dokona, a następnie zależnie od tego, czy się przecina jeden nerw, czy oba. Przecięcie jednego nerwu pogłębiało oddechy, a czasem je przyspieszało, po przecięciu obu nerwów stają się oddechy głębsze i rzadsze, jeżeli nie dokona się go przy bardzo silnej duszności, następuje prawie natychmiastowe wstrzymanie oddechu. Przecięcie tedy nerwów błędnych pogarsza widocznie warunki, co zresztą dzieje się i przy zwykłej asfiksyi; także i na tej podstawie twierdzi P., że wszelkie zaburzenia oddechowe w przebiegu zatoru tętnicy płucnej należy uważać za objawy asfiktyczne, a nie za objawy zaburzenia w krążeniu. Dr T. T.

Nicolle, Conseil i Conor. **Dur osutkowy.** (Annal. de l'Inst. Pasteur 1912. N. 4 i 5.). Wytrwale prowadzonemi badaniami zdaje się Nicolle coraz bardziej zbliżać do odkrycia nieznanego dotąd zarazka duru osutkowego. Cały szereg dawniejszych prac doświadczalnych Nicollea, w których posługiwał się on małpami, doprowadził go do ważnych wniosków co do sztucznego zakażenia zwierząt i odporności na tę chorobę. Obecnie powiodło się mu stwierdzić, że wrażliwe na zakażenie durem osutkowym są także świnki morskie, co znacznie ułatwia dalsze badania tej sprawy. Zakażenie następuje u świnek morskich po wstrzyknięciu śródotrzewnem 2—4 cm^3 krwi chorych na dur osutkowy ludzi i małp. Okres wylęgania się choroby trwa u świnek morskich 7—16 dni. Zakażenie daje się przenieść ze świnek na świnki. Odwirowane i przemyte ciałka białe wywołują zakażenie tak samo jak cała krew, natomiast ciałka czerwone i pozbawiona ciałek białych surowica zakażenia nie przenoszą. Stąd wniosek, że nie znany jeszcze dotąd zarazek duru osutkowego znajduje się we wnętrzu ciałek białych krwi. Zarażenie silnym zarazkiem, o ile je zwierzę przetrzyma, wywołuje szybko odporność trwałą, lekkie zakażenia nie wytwarzają odporności. Próby leczenia zakażenia doświadczalnego salwarsanem i adrenaliną były bezskuteczne. Z.

Medycyna wewnętrzna.

Perin. **O niektórych objawach, uchodzących za znamienne w chorobach zakaźnych.** (Paris médical, 1912, Nr 40). Autor omawia cztery objawy, uchodzące za znamienne. I tak: 1) Objaw opisany w r. 1898 przez Meyera, znamionujący płonicę, polega na uczuciu trętwienia rąk, mrowienia i kłucia na dłoniach i pojawiać się ma u 79% dorosłych, dotkniętych płonicą, podczas występowania osutki. Według spostrzeżeń Perrina znaczna większość chorych na płonicę nie miewa tych dolegliwości. Mogą one być wyrazem zadrażnienia włókien nerwowych przez czynnik zakaźny. Autor spostrzegał je w grypie i rumieniu toksycznym przy zatruciu rtęcią. Atoli spostrzedz je można najczęściej w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego. W płonicy nie stanowią one objawu stałego, ani znamiennego. 2) W r. 1911 Pastia z Bukaresztu zwrócił uwagę na specyalną wysypkę płoniczą w okolicy przegubu łokciowego, która występuje w postaci linii, odpowiadającej fałdowi w przegubie łokciowym. Jeżeli skóra tworzy więcej fałdów to w przegubach mogą powstawać 2, 3 i 4 linie wysypek. Wysypki te linijne mają znacznie większe natężenie, niż reszta płoniczej wysypki skórnej. Pastia znalazł tę wysypkę w 94% przypadków płonicy, a nie napotkał jej nigdy przy odrze, ani przy wysypkach toksycznych. Według spostrzeżeń Perrina objawu tego brak w przypadkach lekkich, rozpoznawczo najtrudniejszych. Natomiast pojawia się on we wszystkich rumieniach skórnych, i to tem wybitniej, im bardziej rumień podobny jest do płonicy. W przypadkach zatem, gdzie zachodzą trudności rozpoznawcze, objaw ten zupełnie niema wartości. 3) Objaw, który Filatow podkreśla, jako znamienny dla płonicy, polega na kontraście, jaki zachodzi między bladością warg i bródki z jednej strony, a znacznem zaczerwienieniem policzków z drugiej. Według Perrina objaw ten nie jest wcale znamiennym dla płonicy i pojawić się może wybitnie przy zapaleniu płuc, grypie, odrze, zapaleniu gardła i zaburzeniach trawienia, połączonych z gorączką. 4) Objaw Koplika, uchodzący powszechnie za znamienny dla odry, polega na tem, że na trzy dni przed pojawieniem się wysypki odrowej występują na wewnętrznej powierzchni warg i policzków drobne punkciki białe, niebieskawe, sterczące nad powierzchnię i otoczone czerwonawym rąbkiem. Według Perrina objawu tego może zupełnie brakować w odrze. Nadto może się on pojawić w całym szeregu chorób zakaźnych jak: w grypie, zaburzeniach żołądkowych, zapaleniach gardła, w »czwartej chorobie« Dukesa-Filatowa, przy zapaleniu gruczołu przyusznego, w błonicy, wietrznej ospie, krztuścu i różyczce. Objaw Koplika zdarza się, według Perrina, częściej przy odrze, niż przy innych stanach zakaźnych, ale nie jest dla odry znamiennym. Jest on wyrazem zapalenia jamy ustnej, z punkcikowatymi złogami przybłonka. Dr M. Blassberg.

Lian. **O tak zwanem fizyologicznem tętnieniu żył szyjnych.** (Presse médicale. 1912. Nr 68). Do graficznego badania tętnienia żył szyjnych najbardziej używane są przyrządy Mackenziego i Potainea, z których drugi uważa autor za najprostszy i najpraktyczniejszy. Równocześnie należy zapisywać krzywe uderzeń końca serca lub na tętnicy, do czego najlepiej służy kardyograf Mareya.

Tętno żylne przedstawia się graficznie jako fala o trzech wzniesieniach i dwóch zagłębieniach. Pierwsze wzniesienie (*a*) odpowiada skurczowi przedsionka i tłómaczy się zwolnieniem krwi żylnej. Drugie wzniesienie (*s*) tworzy się przy rozpoczęciu skurczu komory. Co do jego powstania zdania są rozbieżne. Zdaniem jednych autorów zależy ono od tętnienia sąsiedniej tętnicy szyjnej, podług innych zaś zależy ono od chwilowego wzmożenia parcia, powstającego w przedsionku przy zamykaniu się zastawek przedsionkowo-komorowych. Za tem ostatniem zapatrywaniem przemawiają także badania autora. Między wzniesieniem *(s)* a następnem wzniesieniem *(v)* powstaje pierwsze zagłębienie *(x)*, które jest wywołane przez rozkurcz przedsionka. Trzecie wzniesienie *(v)* pojawia się na granicy końca skurczu i początku rozkurczu. Ma ono kształt zmienny, niekiedy bywa rozwidlone i niezawsze pojawia się w tymsamym momencie skurczów sercowych, ale według Liana bywa ono zawsze przedrozkurczowe. Zależy ono od wzmożonego parcia przedsionkowego przy wznoszeniu się zastawek przedsionkowo-komorowych, albo też może być wywołane przez wsteczną falę, powstającą przy zamknięciu zastawek półksiężycowatych. W przypadkach, w których to wzniesienie jest zależne równocześnie od skurczu i rozkurczu, bywa ono rozwidlone. Po tem wzniesieniu *(v)* powstaje drugie zagłębienie *(y)*, które jest wynikiem wypróżniania się przedsionków przy rozkurczu komory. Przy szybkiej akcyi serca zagłębienie (*y*)

maleje, a nawet wzniesienie *(v)* może się zlać zupełnie z wzniesieniem *(a)*. Przeciwnie zaś przy powolnej akcyi serca zagłębienie *(y)* może się mniej lub więcej wybitnie zaysować i między niem a wzniesieniem *(a)* może powstać fala *(w)*. Okres między wzniesieniem pierwszem *(a)* a drugiem *(s)* wynosi u zdrowego osobnika $^1/_5$ sekundy.

Gołem okiem dostrzegamy na żyle szyjnej, przy odpowiedniem ułożeniu chorego, dwa wzniesienia, z których jedno odpowiada wzniesieniu $a + s$, a drugie wzniesieniu *v*. W stanie prawidłowym rzadko uwydatniają się dla gołego oka wszystkie trzy wzniesienia, które jednak przy zwolnieniu akcyi serca bywają widoczne. Dr M. Blassberg.

Camus i Baufle. **Napady żołądkowe (crises gastriques) i pasy (zona).** (Paris médical, 1912. Nr 28). Autorowie zwracają uwagę na to, że napady żołądkowe i objawy pasowe, które zazwyczaj towarzyszą wiądowi rdzenia, mogą się także zdarzać w przypadkach schorzenia oponowo-korzonkowego tylnego. Szczegółowa obserwacya jednego przypadku, przytoczonego przez autorów, dowodzi tego bardzo dobitnie. Przedewszystkiem stwierdzono typowe napady żołądkowe, pojawiające się okresowo z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego bez żadnych objawów zwężenia odźwiernika. Również nie stwierdzono objawów wiądu rdzenia. Natomiast płyn mózgowo-rdzeniowy okazywał stale limfocytozę, co dowodziło podrażnienia oponowo-korzonkowego. Związek z cierpieniem żołądkowem tłumaczą autorowie przez związek rogów tylnych ze zwojem trzewnym za pośrednictwem nerwów trzewnych. Leczenie powyżej wspomnianego chorego, skierowane przeciw nieprawidłowości wydzielania żołądkowego, było bezskuteczne, natomiast nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięcie słabego rozczynu nowokainy do kanału kręgowego usuwało na dłuższy czas dolegliwości. Dr Blassberg.

Dopter. **Dyagnostyka bakteryologiczna nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (Paris médical, 1912, Nr 35). Po wypuszczeniu płynu mózgowo rdzeniowego zapomocą nakłucia lędźwiowego bada się naprzód dla ogólnej oryentacyi preparaty, barwione karbolowym rozczynem tioniny i metodą Grama. Prócz dwoinek Gramoodpornych, znajdujemy w okresie początkowym i końcowym limfocytozę, a na szczycie schorzenia ciałka wielojądrzaste, zwyrodniałe. Oprócz tego staramy się uzyskać czyste hodowle meningokoków przez zasianie na żelatynę z dodatkiem krwi i płynu wysiękowego. W ten sposób udaje się je odróżnić od kolonii »diplococcus crassus« (pseudomeningococcus Jaegeri), barwiącego się sposobem Grama. Następnie przeszczepia się hodowle na pożywki z odpowiednim dodatkiem lewulozy, maltozy i glukozy, celem stwierdzenia rodzaju mikrobów: Meningokoki wywołują fermentacyę glukozy i maltozy, a na lewulozę nie wywierają wpływu. Biała barwa hodowli i powyżej wspomniana własność fermentacyjna umożliwia różniczkowe rozpoznanie meningokoków. Ostatecznie stwierdza się ich identyczność zapomocą odczynu aglutynacyjnego, przez dodanie zawiesiny bakteryi do 1% rozczynów surowicy końskiej i fizyologicznego rozczynu soli. Wówczas dostrzegamy aglutynacyę tylko w rurce z surowicą swoistą, — a brak jej w dwóch innych rozczynach. Oprócz tego można wykonać próbę otrzewną, śledząc zachowanie się drobnoustrojów po 20-minutowym pobycie w jamie otrzewnej, u dwu morskich świnek, z których jednej wstrzyknięto na dobę przedtem do jamy otrzewnej $^1/_2$ cm³ surowicy przeciwmeningokokowej, a drugiej $^1/_2$ cm³ prawidłowej surowicy końskiej. W płynie otrzewnym świnki, poddanej działaniu surowicy swoistej, drobnoustroje ulegają bakteryolizie. Vincent i Bellot polecają nadto odczyn precypitynowy, przez uzyskiwanie strątów w centryfugowanym płynie mózgowo-rdzeniowym, do którego dodaje się różne rozczyny surowicy swoistej. Wyjątkowo zachodzi potrzeba oprócz powyższych metod użyć dla celów rozpoznawczych aglutynacyi surowicy chorego 1:40 lub 1:50 po dodaniu do meningokoków laboratoryjnych, albo też odczynu Bordeta-Gengou z odwróceniem dopełniacza. Dr Blassberg.

Prof. Livierato. **O tętniących wysiękach opłucnych i o oznaczaniu ich tętnienia.** (Riforma medica, 1912, Nr 18). L. przytacza częścią z piśmiennictwa, częścią z własnej obserwacyi, przypadki wysięków opłucnych przeważnie lewostronnych, okazujących wybitne tętnienie odpowiedniej strony klatki piersiowej, mniej, lub więcej rozlane, dające się wykazać wzrokiem, a jeszcze lepiej dotykiem. L. zastanawia się nad mechanizmem tego zjawiska, i to z dwóch punktów widzenia, mianowicie naprzód stara się wykazać właściwą przyczynę tętnienia, a następnie czynniki, które ułatwiają przeniesienie się tętnienia na ścianę klatki piersiowej. Obecnie są 4 teorye, starające się wytłómaczyć ten objaw: 1) Teorya Traubego przyjmuje za warunek tętnienia równoczesną obecność wysięku osierdziowego, co jednak ze względu na to, że większość przypadków przebiega bez tego powikłania, nie może mieć znaczenia ogólnego. 2) Teorya Fereola czyni zawisłem tętnienie od równoczesnej obecności w danej jamie opłucnej guzów, które wskutek swej sprężystości mają przenosić uderzenia serca na ściany klatki piersiowej; z tych powodów, co i pierwsza, ma ta teorya znaczenie tylko w pewnych przypadkach. 3) Teorya Combyego opiera się na danych anatomo-patologicznych; mianowicie płuco, uciśnięte przez płyn, przedstawia zbitą masę, która uderzenia serca przenosi na wysięk, a ten przenosi je na ściany klatki piersiowej; i ta teorya nie może mieć ogólnego znaczenia. 4) Najwięcej ma za sobą teorya Rummo, przyjmująca za właściwą przyczynę tętnienia ścian klatki piersiowej uderzenia serca (origine cordis sistolica), a nadto rozmaite czynniki, ułatwiające przeniesienie się tego ruchu, jakoto obfity wysięk, silnie uciskający płuco i przemieszczający serce, płuco stwardniałe przez ucisk wysięku, grubą, napiętą błonę opłucną, porażenie mięśni międzyżebrowych, przez co ściany jamy opłucnej i serce zbliżają się do siebie. Wogóle większość autorów przyjmuje jako pierwotną przyczynę tętnienia — uderzenia serca, część jednak przypisuje to wstrząsaniu wysięku przez tętno łuku aorty i jej części zstępującej, część zaś obu tym czynnikom. Livierato oznaczał w swych przypadkach graficznie uderzenia serca zapomocą przyrządu Mareya i tętnienie ściany klatki piersiowej przyrządem lejkowatym, ściśle przylegającym do miejsca tętniącego; na krzywych tych stwierdził zupełną równoczesność (izochronizm) uderzenia koniuszkowego i tętna ściany. Na podstawie danych graficznych własnych i obrazów anatomicznych innych autorów dochodzi L. do wniosku, że przyczyną tętnienia ściany klatki piersiowej w przebiegu wolnych wysięków opłucnych jest impuls, idący od serca, że jednak z drugiej strony warunki, ułatwiające to, mogą być w różnych przypadkach różne; że wielka ich część nie jest znana, co wynika już z tego, że tętniące wolne wysięki opłucne są stosunkowo rzadkie, gdy natomiast liczba nie tętniących, mimo pozornie takich samych warunków anatomicznych, jest bardzo wielka. Dr T. T.

Jürgensen. **Modyfikacya dyet, ich forma, przepisywanie i przeprowadzanie.** (Beitr. z. med. Klinik. 1912, Nr 7). Autor, znany na polu dyetetyki, podaje kilka cennych uwag, które zawierają rzeczywiście bardzo zdrowe myśli. Przedewszystkiem żąda, by między lekarzami panowały pewne wspólne zasady przy przepisywaniu dyet (na wzór dyet w szpitalach), choćby dlatego, by jeden lekarz nie był z drugim w sprzeczności, zwłaszcza przy typowych cierpieniach. Zyskiwałoby się także przez to na czasie, zamiast każdemu choremu z osobna tłómaczyć to samo. W niektórych miejscowościach kąpielowych lekarze za wspólnem porozumieniem wprowadzili takie schematy, a nawet karty w restauracyach mają przy potrawach znaki, tłómaczące, czy chory, który ma przepisaną daną dyetę, może tę potrawę spożywać, czy nie. Także niema jeszcze porozumienia co do podziału samych dyet. Jedni dzielą je

według jakości i ilości potraw, inni według chorób lub czynności fizyologicznych. Trzebaby wprowadzić jeszcze większe wyszczególnienia, uwzględniając także pojedyncze składniki potraw i sposób ich przyrządzania. Wielkie zasługi na tem polu położył Jaworski i jego żona. Podział dyet, uwzględniający te wszystkie czynniki, podaje J. w schematach na próbę, zachęcając do dyskusyi na ten temat.

A.

Puławski. **Jod i tyreoidyna jako przyczyny powstania choroby Basedowa przy leczeniu wola.** (Med. Klinik, 1912, Nr 20). P. przytacza nowe przykłady z praktyki na dowód słuszności spostrzeżenia Kochera, że czasem przez podawanie jodu nawet u osób niedotkniętych wolem rozwinąć się może choroba Basedowa. Niektóre wole znikają niemal w oczach pod wpływem jodu i wtedy nieraz spostrzegać można objawy jodotyreoidyzmu. Jest to nowy dowód, że choroba Basedowa powstaje na tle schorzenia tarczycy. — Podobnie podawanie przetworów tarczycy wywołać może np. przy wolu typową chorobę Basedowa i z tego powodu przy leczeniu nieoperacyjnem wola jodem lub przetworami gruczołu tarczowego należy chorych cały czas mieć pod okiem. Działanie to nie da się nigdy przewidzieć, ani ocenić, dlatego też lepiej jest chorym doradzać odrazu operacyę. Choroba Basedowa, wywołana sztucznie, przebiega nieraz bardzo ciężko i nie znika po zaprzestaniu podawania jodu. W podobny sposób działają także niekiedy i modne obecnie przetwory jodu, jak jodypina, sajodyna i t. p. K.

Prof. Gaglio. **O połączeniu chininy z etyluretanem w celu podskórnego stosowania chininy.** (Riforma med. 1912, Nr 21). G. opierając się na tem, że znany środek nasenny, etyluretan, bardzo dobrze rozpuszcza chininę, poleca połączenie obu tych środków w celach podskórnego wstrzykiwania chininy. Chcąc zaś przeszkodzić ewentualnemu strącaniu się chininy w tkankach, zwiększył G. pierwotną ilość dodawanego uretanu, tak, że ostateczna forma tego połączenia przedstawia się następująco: chlorhydratu zasadowego chininy 3·00, uretanu etylowego 3·00, wody przekroplonej 5·00. G. przestrzega bardzo przed używaniem w tym samym celu kwaśnego hydratu chininy, który oddziaływa bardzo kwaśno, sprawia ból i nacieki w miejscu wstrzyknięcia, czasem nawet ropnie i bardzo powoli się wchłania. Natomiast połączenie zasadowego chlorhydratu chininy z etyluretanem ma oddziaływanie słabo zasadowe, nie wywołuje żadnych zmian w miejscu wstrzyknięcia i bardzo szybko ulega wessaniu. Dr T. T.

Choroby dziecięce.

Koerber. **O leczeniu płonicy eukalyptusem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr. 11). Sposób ten podany został przez Milnego, a polega na smarowaniu całego ciała chorego na płonicę czystym olejkiem eukalyptusowym, (w pierwszych 4 dniach choroby dwa razy dziennie, przez następujące 6 dni raz dziennie) i na pędzlowaniu migdałków w 2 pierwszych dniach 10% karbolem; leczenie to ma według Milnego usuwać zaraźliwość i działać leczniczo. Doświadczenia Koerbera, przeprowadzone co do pierwszej rzekomej zalety, dały wynik zupełnie ujemny; co do drugiej, to śmiertelność nie zmniejszyła się, natomiast powikłania występowały rzadziej, a szczególnie częstość zapalenia nerek w przypadkach leczonych eukalyptusem o połowę się zmniejszyła. Dodać jednak należy, że badania prowadzono w ten sposób, iż wszystkich chorych szpitalnych od stycznia do sierpnia leczono w sposób zwyczajny, zaś od sierpnia do marca leczono eukalyptusem. Bujak.

Kretschmer. **O leczeniu eukalyptusem płonicy i odry.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Opisany poprzednio sposób wypróbował autor na blisko 100 przypadkach z wynikiem ujemnym co do obu rzekomych właściwości, Bujak.

Staffeld. **O działaniu »844«** (phenyldimethylpyrazolonami domethansulfonsaures Natrium) **w gośćcu stawowym.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Obok korzystnego działania wymienionego przetworu (z fabryki Meister Lucius et Brüning w Hoechst n. M.) w gośćcu stawowym, spostrzegał autor dodatni wpływ jego w przypadku zapalenia płuc odoskrzelowego u dziecka 2½-letniego, cierpiącego na krzywicę; równocześnie zauważył autor w tym samym przypadku zupełne wyleczenie wyprysku, trwającego od 1½ roku. Również w 1 przypadku płonicy u dorosłego wywarł »844« nadzwyczajnie korzystny wpływ. B.

Leube. **O zwalczaniu gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 31 i 32). Z badań materyału sekcyjnego i z wyników prób tuberkulinowych okazuje się, że w przeważnej liczbie przypadków zakażenie ustroju dziecka gruźlicą następuje od zewnątrz, w życiu pozapłodowem, jakkolwiek nowsze badania wykazały możliwość przechodzenia prątków gruźliczych z matki na płód nawet przy pozornie niezmienionem łożysku. Stąd wynika konieczność chronienia dzieci przed zakażeniem gruźlicą przez zabranianie zawierania małżeństw osobom z otwartą gruźlicą, niedozwalanie karmienia matkom gruźliczym, usuwanie osób gruźliczych z otoczenia dziecka (umieszczanie ich w lecznicach), gdy to zaś nie możliwe, przynajmniej zapobiegać należy zakażeniu przez oddawanie dzieci z rodzin gruźliczych do kolonii leśnych, lecznic nadmorskich, i t. p. Autor radzi powtarzać co pewien czas próbę Pirqueta u dzieci, narażonych na zakażenie, a skoro ta wystąpi dodatnio, przystępować bezzwłocznie do łagodnego leczenia tuberkuliną.

Bujak.

A. Epstein. **Przekłuwanie płatka usznego i niebezpieczeństwa tego zabiegu, w szczególności zakażenie gruźlicze kanału przekłucia.** (Zeitschft. f. Kinderheilk. T. IV. Z. 5). W 2 przypadkach spostrzegał autor zakażenie gruźlicze kanału przekłucia płatka usznego. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka 9-miesięcznego, u którego wkrótce po przekłuciu płatka usznego wytworzyło się na jednem uchu owrzodzenie, stale powiększające się, otoczone gąbczastą ziarniną; wkrótce powiększyły się znacznie gruczoły przyuszne, które niebawem rozmiękły. Badanie mikroskopowe i doświadczenie na śwince morskiej stwierdziły gruźliczą przyrodę tej sprawy. Gojenie postępowało powoli; w 4. roku życia dziecko zapadło na gruźlicze próchnienie kości stopy. Matka zmarła na gruźlicę płuc w czasie choroby dziecka. W drugim przypadku u 4-miesięcznego dziecka wytworzył się w 2 tygodnie po przekłuciu płatka usznego ropień, który przecięto, rana jednak nie goiła się, lecz pokryła się wiotką ziarniną i strupami. Badanie mikroskopowe skrawków wykazało utkanie gruźlicze. W wieku 3 lat około blizny po przebytem owrzodzeniu wytworzył się toczeń.

Bujak.

A. Goldreich. **Przyczynek do klinicznego rozpoznawania kiły wrodzonej ze szczególnem uwzględnieniem gruczołów łokciowych.** (Zeitschft. f. Kinderhkde T. IV. Z. 5). Z zestawienia 130 przypadków pewnej kiły wrodzonej okazuje się, iż cechy kliniczne pozwalają ją rozpoznać bez pomocy, a nawet wbrew ujemnemu wynikowi odczynu Wassermanna. Do cech tych zalicza się bóle głowy, wzmagające się w nocy, na które często uskarżają się starsze dzieci. Wodogłowie miernego stopnia u osesków często pozostaje w związku z kiłą; natomiast wodogłowie większego stopnia (czaszka balonowata) prawie nigdy nie zależy od kiły. Czaszka łódkowata (caput natiforme) przemawia za kiłą tylko wówczas, o ile występuje u osesków w pierwszych miesiącach życia, gdyż w 2—3. roku życia może być następstwem silniej rozwiniętej krzywicy. Czoło olimpijskie (wysokie i szerokie, o silnie wystających guzach czołowych) pojawia się nierzadko już u osesków, a około 14 r. przestaje przedstawiać się typowo. Nos siodełkowaty i przypłaszczenie górnej szczęki, blizny w otoczeniu jamy ustnej, należą do cech, spotykanych częściej. Przeciwnie »trias«

Hutchinsona (zapalenie miąższowe rogówki, półksiężycowate wcięcie górnych środkowych zębów siecznych stałych i głuchota) występuje stosunkowo rzadko, a jeszcze rzadziej przebicie podniebienia twardego. Gruczoły łokciowe powiększone spotykał G. u osesków kiłowych w 90%, u niekiłowych 17%, zaś u dzieci ponad 1 rok życia liczących w 79% u obarczonych kiłą, a w 27% u wolnych od kiły dziedzicznej. U połowy dzieci kiłowych poza 6 r. życia gruczoły łokciowe były niewyczuwalne. Bujak.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 25. czerwca 1912.

1) Wł. Brodowski: **Przypadek niezwykłego powikłania mózgowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.** 18-letni czeladnik murarski, dobrze zbudowany i odżywiony, zgłosił się do szpitala z objawami zapalenia płuc i opłucnej po stronie lewej. Próbne nakłucie wykazało w jamie opłucnej wysięk o charakterze ropnym. Na 9. dzień choroby nastąpił przełom ze spadkiem ciepłoty do 36,6 i liczby tętna do 80. W czasie przełomu zjawiły się objawy mózgowe: utrata przytomności, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, brak oddziaływania źrenic, sztywność karku. 4 dni po przełomie objawy te ustąpiły, natomiast w ciągu najbliższych kilku dni zaczęły występować objawy, świadczące o ogniskowem zajęciu tkanki mózgowej: niemota ruchowa, mimowolne oddawanie moczu i stolca, zniesienie czucia po stronie prawej, niedowład lewego n. twarzowego, wybitny bezład rąk i nóg. Po 2 tygodniach od czasu przełomu objawy mózgowe zaczęły ustępować, a po 8 miesiącach znikł najuporczywiej trwający bezład rąk i nóg. Płyn ropny w jamie opłucnej uległ samorodnemu wessaniu w przeciągu 3 tygodni, zmieniwszy się poprzednio z ropnego na surowiczy. Z punktu widzenia anatomii patologicznej, po uwzględnieniu najnowszych badań, można uważać tę sprawę za ogniskowe zapalenie mózgu o podkładzie toksycznym.

W dyskusyi Kopczyński St. wbrew zdaniu prelegenta sądzi, że było tu raczej t. zw. »encephalitis non purulenta« z naciekiem drobnokomórkowym istoty mózgowej, mającym dążność do rozejścia się i wessania. Przeprowadzanie analogii do ograniczonych porażeń, jakie występują w mocznicy, moczówce cukrowej, nie jest tu uzasadnione. Mówić o wyleczeniu zupełnem w tym przypadku nie można; mowa chorego jest nieco dysartryczna, ciężka, chwilami wybuchowa, chory skarży się, że mu teraz ciężko myśleć. Podobne zapalenia istoty mózgowej stanowią nieraz punkt wyjścia do rozwoju stwardnienia wieloogniskowego, a także nieraz drobna blizna po przebyciu zapalenia mózgu (encephalitis) może być punktem wyścia padaczki. Spora odsetka przypadków padaczki, uważanych za padaczkę samoistną, jak dowiodły badania Redlicha, miała za podstawę drobne zmiany organiczne w mózgu.

Skłodowski wspomina o 2 przypadkach zapalenia płuc z powikłaniem mózgowem. — A. Sokołowski zaznacza, że w przypadku prelegenta wysięk ropny wessał się szybko bez zabiegu chirurgicznego, co potwierdza spostrzeżenie Gerhardta, że wysięki metapneumoniczne wsysają się same lub po jednorazowej aspiracyi. — Jakowski przypomina, że w swej pracy o etyologii zapalenia płuc podał, iż wysięki metapneumoniczne wsysają się same przez się.— Wojciechowski stwierdza, że już Ziemssen w swym podręczniku pisze, iż wysięki metapneumoniczne wsysają się same przez się.

2) Gębarski St.: **Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowiczego** (Polyserositis chronica hyperplastica, Pericarditische Pseudolebercirrhose Picka). 44-letni robotnik przybył do szpitala 7. VI. 1911 w stanie ciężkim, skarżąc się na duszność, osłabienie, puchlinę brzucha i obrzęki na kończynach dolnych. Początek choroby przed 5 laty (»pęcznienie brzucha«). Od lipca 1910 r. do przybycia na oddział wypuszczano mu 17 razy płyn z brzucha. Budowa prawidłowa, odżywienie niezłe, stan bezgorączkowy, tętno 120, niemiarowe, nikłe. Brzuch bardzo duży, nogi obrzękłe. Prawa połowa klatki piersiowej nieco zapadnięta z tyłu i z boku, oraz z przodu pod obojczykiem; prawa jama nadobojczykowa więcej uwydatniona, niż lewa. W dolnej połowie prawego płuca stłumienie, drżenie piersiowe, głos i oddech osłabione, nieco rzężeń. W lewem płucu z tyłu stłumienie mniejsze. Na mostku stłumienie, zlewające się ze stłumieniem sercowem, które zaczyna się z góry pod III żebrem, na prawo na linii przymostkowej prawej, na lewo zlewa się ze stłumieniem płucnem i śledzionowem. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne i niewyczuwalne. Wątroba duża, twarda, nierówna, bolesna. Po wypuszczeniu z brzucha 8 litrów płynu (c. g. 1010, domieszka włóknika) można było wyczuć ręką w ciągu 2 tygodni szorstki szmer tarcia otrzewnej. Oprócz tego dwukrotnie wypuszczano z prawej jamy opłucnej niewielką ilość płynu (c. g. 1008, 1012). Próba z lewulozą Scheringa wykazała upośledzoną czynność wątroby. 4. VII, chory opuścił szpital z widocznem polepszeniem. Po upływie pół roku (2. I. 1912) ponownie przybył do szpitala. Przez cały ten czas czuł się nieźle, nieco pracował i dopiero przed 3 tygodniami po dość obfitym krwotoku płucnym położył się do łóżka. Stopniowe pogorszenie; w marcu r. b. chory zmarł. Na sekcyi znaleziono: Wszystkie narządy kl. piersiowej i jamy brzusznej zrośnięte w jedną zbitą masę; w jamach surowiczych resztki płynu; błony surowicze przerosłe i zgrubiałe; grubość otoczki wątroby i prawej opłucnej równa się połowie grubości wielkiego palca u ręki; zupełny zrost osierdzia; w prawej połowie osierdzia, przyrośniętego do płuca, blaszka zwapniała zbitości kości; w prawym płacie wątroby w pobliżu pęcherzyka żółciowego ognisko zwapniałe bąblowca, wypełnione błonami.

Podobne spostrzeżenia jedni opisywali jako »Zuckergussleber« Curschmanna; przyczynę jej upatrywano w przewlekłem zapaleniu okołowątrobnem; inni ogłaszali je jako chorobę Picka, której źródło tkwić ma w zapaleniu przewlekłem osierdzia. Powoli jednak autorowie doszli do przekonania, że w spostrzeżeniach, o których mowa, nie jest to główną rzeczą, czy cierpienie zaczyna się od przerostu włóknistego torebki wątroby, czy też od zrostów osierdzia, ale to, że mamy tu do czynienia z przewlekłem zapaleniem włóknistem otrzewnej, osierdzia i obu opłucnych, które często zaczyna się od osierdzia, ale też często i od otrzewnej. Nie zwrócono tylko uwagi, że już w 1872 r. Bamberger opisał to cierpienie, co dopiero przed kilku laty spostrzegł Neusser. Etyologia tej choroby i dziś nie jest znana.

W przypadku prelegenta zasługuje na uwagę, co następuje: 1) Bodaj w żadnym z ogłoszonych przypadków nie doszło do tak znacznego przerostu błon surowiczych; 2) zbyt nizki c. g. płynu z jamy otrzewnej i opłucnej; 3) za pierwotną przyczynę możnaby uważać bąblowca; 4) stwierdzono upośledzoną czynność wątroby, pomimo braku marskości wątroby; 5) brak objawów zrostu osierdzia. Ostatecznie prelegent skłania się do zdania Neussera, że opisane już przez Bambergera zapalenie wielu błon surowiczych trzeba uznać za odrębną postać chorobową i być może, że nizki ciężar gat. wysięków będzie charakterystycznym dla tej choroby. Przypadki wad sercowych i zwłaszcza zrostów osierdzia, opisane przez Picka pod nazwą »pericarditische Pseudolebercirrhose«, trzeba uznać zgodnie z Siegertem, a wbrew Pickowi i Sidlerowi, za stan chorobowy, nie mający żadnego związku z opisywaną tu chorobą.

3) Ciechomski przedstawił rentgenogram żołądka

i wypowiedział kilka uwag **o rozpoznawaniu cierpień żołądka na zasadzie obrazu radyologicznego.** Uwagi te nasunął mu przypadek, operowany w maju r. b. w szpitalu Dz. Jezus, rozpoznany jako zwężenie bliznowate głównie dzięki radyogramowi; tymczasem podczas operacyi ani zwężenia, ani blizny w żołądku nie znaleziono. Na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie i internistów w Wiesbadenie omawiano szczegółowo sprawę radyologii żołądka i kiszek; obok wytrawnych znawców i rzeczników tej sprawy byli i tacy, którzy ostrzegali przed błędnem rozpoznawaniem chorób żołądka na zasadzie badania tylko radyologicznego. Szczególną uwagę zwrócić należy przy badaniu żołądka u neurasteników lub n. p. tabetyków, a więc tam, gdzie ruchy robaczkowe są wzmożone. Skurcze żołądka widzieć można na obrazach radyologicznych zarówno przy istniejącym wrzodzie okrągłym lub bliźnie po nim, jako też zależne tylko od przyczyny nerwowej. W celu odróżnienia charakteru takiego skurczu należy zwrócić uwagę: na objawy kliniczne, na szereg zdjęć radyologicznych w różnych chwilach i stanach, wreszcie na sam obraz radyologiczny; przy skurczu, zależnym od blizny, kontury są więcej ostre, przy skurczu nerwowym więcej zaokrąglone.

W dyskusyi zaznacza L. Kryński, że obraz rentgenologiczny może niewątpliwie dostarczyć nam cennych szczegółów w rozpoznawaniu cierpień narządu trawienia, lecz zawsze będą to tylko uzupełnienia badania klinicznego, które przedewszystkiem musi być podstawą naszych dedukcyi rozpoznawczych. Pamiętając o tem, uniknąć możemy takich omyłek, o których mówił prelegent.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. września 1912 r.

1) Borsuk przedstawił chorą **z podwójną pochwą.**

2) Jakimiak przedstawił 2 chorych ze **złamaniem kości goleniowych, leczonych metodą Delbeta.**

3) Kiełkiewicz: **Wynicowanie pęcherza i jego leczenie (wytworzenie nowego pęcherza i cewki).** K. przedstawia 2 chorych, z których jeden przebył szereg operacyi i uwolnił się od przykrego dla siebie i otoczenia kalectwa, drugi jest dopiero po pierwszej operacyi, ma wytworzony pęcherz i cewkę. Następnie opisuje K. wszystkie oznaki, cechujące chorobę, omawia metody operacyjne, mające na celu odprowadzenie moczu do kiszek, a polegające już to na wszczepieniu moczowodów wprost do kiszki grubej, już to na wyłączeniu części grubej kiszki i wszczepieniu do niej moczowodów. Wszystkie te metody zawodzą, ponieważ ujścia moczowodów stykają się bezpośrednio z zakażoną treścią kiszki, a co za tem idzie, chorzy ci są narażeni na niebezpieczeństwo wstępującego zakażenia nerek. W r. 1908 widzimy w tym kierunku postęp. Verhoogen wyłącza całkowicie ślepą kiszkę i zużytkowywa ją jako pęcherz, wyrostek robaczkowy jako cewkę, który to wyrostek wszczepia w skórę; chorzy jednak moczu nie zatrzymują. W r. 1911 Cuneo stwarza metodę, polegającą na wyłączeniu pętli jelita cienkiego, wszczepieniu jej w zwieracz odbytu i następnem wszczepieniu moczowodu w nowoutworzony pęcherz. Metoda ta stwarza warunki, odpowiadające nawet wygórowanym wymaganiom dobrze działającego narządu moczowego, gdyż stwarza aseptyczny zbiornik, zaopatrzony w cewkę i narząd, utrzymujący mocz, w postaci zwieracza odbytu. Prelegent wykonał tę operacyę u 3 chorych. U przedstawionego chorego usunął przedewszystkiem nerkę i moczowód z powodu roponercza, aby uniknąć w przyszłości zakażenia jamy brzusznej. Druga operacya polegała na wyłączeniu pętli jelita cienkiego i wszczepieniu jej w zwieracz odbytu. Operacya ta składa się z 3 części: część kroczowa, laparotomia i znowu cz. kroczowa. Po 8 dniach nowoutworzony pęcherz zatrzymywał 50 cm sz. płynu, po 12 — 120 cm, po 6 tygodniach około 180 cm. Po 6 tygodniach w wyłączonem jelicie nie wykryto fermentów, ilość śluzu wybitnie się zmniejszyła. W 2 miesiące po drugiej operacyi wykonał K. trzecią, polegającą na otwarciu jamy brzusznej, odnalezieniu pośród zrostów nowoutworzonego pęcherza, wyseparowaniu moczowodu lewej nerki i wszczepieniu go do wyłączonego jelita. Powikłania pooperacyjne były dość pokaźne. Chory gorączkował. W okolicy zespolenia moczowodowo-jelitowego utworzył się ropień, następnie puścił szew, powstała przetoka, która zagoiła się w 6 tygodni po operacyi. Nowoutworzony pęcherz można łatwo cystoskopować; pojemność sięga 180 cm. Chory zatrzymuje mocz $1^1/_2$ godziny, oddaje oddzielnie mocz, oddzielnie kał; stan ogólny dobry, łaknienie i sen poprawne. — Metoda ta stosowana być może nietylko w przypadkach wynicowania pęcherza, lecz również po całkowitem usunięciu pęcherza z powodu nowotworów, jako też przy wielkich brakach ściany pęcherza po porodach.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że istnieją 2 typy zabiegów operacyjnych: operacye plastyczne, które nawet w razie wyniku dodatniego nie dają możności zatrzymywania moczu, oraz metody odprowadzające, w których pęcherz usuwa się zupełnie, końce zaś moczowodów przeszczepia się do innych narządów. Myśl ta znalazła zastosowanie najdoskonalsze w postępowaniu Maydla, który wycina tylko część trójkąta Lieutauda z otworami moczowodów i część tę wszywa w otwór, zrobiony w ścianie kiszki grubej. Ujemną stronę sposobu Maydla przedstawia niebezpieczeństwo zakażenia moczowodów i nerek od strony odbytnicy: nie zdarza się to jednak zbyt często, jak o tem świadczą pomyślne przypadki Maydla i innych. Jeden z pierwszych przypadków dodatnich operowany był przez Kryńskiego w r. 1895, u chłopca 18-letniego uzyskano wynik doskonały; chorego miał K. w obserwacyi przez 3 lata, stale w równie dobrym stanie. W celu usunięcia niebezpieczeństwa zakażenia nerek podano szereg odmian tej metody. Najnowszą i oryginalnie pomyślaną modyfikacyę przedstawia sposób Cuneo, zastosowany z powodzeniem przez prelegenta. Oczywiście zawcześnie jest wyrokować obecnie o trwałości wyniku. W porównaniu z postępowaniem Maydla sposób Cuneo ma tę wadę, że jest daleko dłuższy, bardziej złożony i o wiele cięższy dla chorego. A priori obawiaćby się można 2 rzeczy: 1) ujemnych następstw wchłaniania moczu przez ścianę jelita cienkiego, którego zdolności chłonne są daleko większe, niż kiszki grubej, 2) osłabienia zwieracza odbytu, pod który wszczepiono brzeg jelita. O słuszności lub płonności tych obaw rozstrzygnie dopiero przyszłość.

4) Dobrowolski Wacław: **Zatory w płucach po operacyi.** W sprawie etyologii pooperacyjnych zakrzepów i zatorów płucnych istnieją 2 główne teorye: mechaniczna i zakaźna. Zwolennicy teoryi mechanicznej zasadniczą przyczynę powstawania zakrzepu, wzgl. zatoru, widzą przedewszystkiem w zwolnieniu obiegu krwi, w zmianach chemicznych w składzie krwi (pochodzenia aseptycznego) i w zmianach w ścianach naczyń (żył). Pooperacyjne zakrzepy zakaźne mogą istnieć przy wyraźnem zakażeniu rany operacyjnej, lecz pod warunkiem jednoczesnych zaburzeń w obiegu krwi, albo też pierwotnie jałowe zakrzepy dopiero wtórnie ulegają zakażeniu. Rzecznicy teoryi zakaźnej za »primum movens« zakrzepu lub zatoru pooperacyjnego uznają jedynie zakażenie, czynniki zaś mechaniczne, wogóle aseptyczne, mogą tutaj grać rolę tylko uboczną. Natomiast istnieje zupełna zgodność co do trudności rozpoznania klinicznego zatoru tętnicy płucnej. Statystyki Ritzmanna i Buscha wykazują, iż zatory głównych gałęzi, a nawet samego pnia tętnicy płucnej bardzo często były poczytywane za ostrą niedomogę mięśnia sercowego. Wobec niezgodności poglądów na etyologię zakrzepu, zapobieganie napotyka na jaskrawą rozbieżność wyrażanych zdań. Teorya zakaźna widzi rozstrzygnięcie sprawy w idealnej aseptyce, według zaś teoryi mechanicznej należy zwalczać zwolnienie obiegu krwi bądź środkami farmaceutycznymi, bądź zapomocą ruchów

biernych, jeśli stan chorego nie pozwala jeszcze na ruchy czynne. W sprawie wczesnego podnoszenia chorych po operacyach zdania są podzielone. Z wytworzonym już zakrzepem postępują różnie: bądź zalecają tylko spokój i kompresy, bądź podwiązują żyłę powyżej skrzepliny, bądź wreszcie otwierają naczynie i skrzeplinę usuwają. Co do leczenia samego zatoru, to przy zatkaniu drobnych oraz średnich rozgałęzień tętnicy płucnej zachowujemy się wyczekująco, stosujemy tlen i leki sercowe. Przy zatkaniu głównych gałęzi tętnicy płucnej, wzgl. samego jej pnia, o ile śmierć nie nastąpiła natychmiastowo, stosuje Körte digalen i morfinę, a o ile to nie skutkuje, radzi operacyę Trendelenburga (arteriotomia pulmonalis), jakkolwiek operacya ta nastręcza nadzwyczajne trudności i brak jej dotychczas ścisłych wskazań; kilkakrotne wykonanie jej na ludziach dało wyniki, nie zachęcające bo 100% śmiertelności. Zatory tłuszczowe i komórkami miąższowemi nie mają większego znaczenia klinicznego, znaczne zaś zatory powietrzne należą do wyjątkowych powikłań operacyjnych.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że sprawa powstawania zakrzepów i zatorów przedstawia dużo stron ciemnych zarówno pod względem etyologicznym, jak i klinicznym. Ostatnimi czasy zwrócono uwagą na tę sprawę ze względu na żądania chirurgów co do wczesnego wstawania chorych po operacyach brzusznych, a to w celu zapobieżenia objawom zastoinowym, przedewszystkiem w płucach. Ta droga jednakże nie wiedzie do celu, albowiem zbyt wczesne po operacyi ruchy chorego wywoływać mogą łatwo odrywanie się cząstek skrzepów. Świadczą o tem przypadki nagłej śmierci chorych, którym polecono wstawanie na 4. lub 5. dzień po laparotomii wskutek zatoru tętnic wieńcowych serca. Należy więc pozostać przy dotychczasowem postępowaniu: trzymać chorych po laparotomii w łóżku w ciągu 8—10 dni, natomiast zwracać baczną uwagę na działalność serca i odpowiednią wentylacyę płuc. Co się tyczy podwiązywania pni żylnych, dotkniętych zakrzepem, to obecnie, odkąd władamy w chirurgii techniką szwu naczyniowego, posiadamy zabieg racyonalniejszy: otwarcie światła zajętej żyły i wyjęcie z niej skrzepu z następczem zeszyciem przeciętej ściany. Dotychczas jednak przypadków takich posiadamy zbyt mało, aby można było coś stanowczego o postępowaniu tem powiedzieć.

Fr. Kijewski zwraca uwagę na operacyę Trendelenburga; technika operacyi jest nadzwyczaj trudna, świadczy o pomysłowości i odwadze Trendelenburga, dotąd jednak nie może poszczycić się wynikami pożądanymi. Zabieg ten wykonywano w przypadkach beznadziejnych, chcąc tą drogą ratować życie choremu. — Żurakowski zaznacza, że zatory nie są pochodzenia zakaźnego; gdyby tak było, to w zapaleniu płuc i durze zakrzepy byłyby bardzo częste. — Rzętkowski stwierdza, że po ciężkich operacyach brzusznych istnieją niemal wszystkie warunki, jakie patologia współczesna uważa za niezbędne do powstawania zakrzepu (zmiany w składzie krwi, możliwość zakażenia, zwolnienie biegu krwi żylnej w kończynach dolnych). Chirurg powinien więc o ile możności dbać o szybką regeneracyę krwi, o prawidłowe odżywianie chorych, o krążenie krwi prawidłowe w zakresie żył kończyn dolnych; powinien interesować się nietylko stanem rany, ale zwracać uwagę na stan ogólny chorego. Skutki operacyi Trendelenburga są dotychczas równie opłakane, jak następstwa samego zatoru tętnicy płucnej; to też o zabiegu tym nie można mówić poważnie, omawiając sprawę leczenia zatoru.

Posiedzenie kliniczne z d. 24. września 1912 r.

1) Dębiński: **Parę uwag z powodu stosowania odmy sztucznej u chorych gruźliczych.** D. używa przyrządu Forlaniniego-Saugmana i igły Saugmana. Zakłada odmę metodą nakłucia, którą uważa za prostą i pewną. Zabieg jest wskazany w przypadkach rozległego schorzenia jednego płuca z niewielkiem, nie przekraczającem $^1/_3$ całości zajęciem drugiego. Szczególnie nadają się chorzy z niezbyt ciężkim stanem ogólnym. Z przeciwwskazań pozostaje jedno: całkowite zrośnięcie blaszek opłucnej; częściowe zrosty pozwalają na założenie odmy częściowej, która może wpłynąć dodatnio na przebieg choroby. Powikłania, jak gruźlica krtani lub jelit, nie są przeciwwskazaniem bezwzględnem. Z powikłań jakie mogą się zdarzyć podczas wykonywania zabiegu, D. wymienia: odmę podskórną (jedyne powikłanie, jakie widział), śródpiersiową, zator gazowy (którego zdaniem D.. uniknąć można, ściśle zachowując wymagania techniki) i objawy odruchowe ze strony opłucnej (eclampsia pleur.). Z 7 przypadków D., w jednym należało przerwać zabieg po 3 insuflacyach z powodu wystąpienia nowych ognisk w płucu zdrowszem; u 4 chorych odma nie jest jeszcze założona całkowicie. D. przedstawia 2 chore: u jednej płuco zostało uciśnięte całkowicie i równolegle do tego nastąpiła ogólna poprawa po miesięcznem leczeniu; u drugiej zaś płuco wskutek zrostów jest uciśnięte tylko częściowo, pomimo to poprawa jest widoczna.

W dyskusyi zaznacza T. Borzęcki, że kiedy przed $1^1/_2$ rokiem wygłosił w Tow. lek. war. odczyt o leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy i przedstawił chorego po 4 miesiącach leczenia (p. Medycyna 1911 r.), stosowanie tego zabiegu było u nas zaledwie w początkach. Obecnie szereg kolegów zainteresował się tą metodą leczniczą, a także i sami chorzy, słysząc o wynikach tego leczenia na Zachodzie, domagają się od naszych lekarzy stosowania omawianego zabiegu. Należy więc zastanowić się poważnie nad tą metodą, która w istocie zyskała dość szerokie zastosowanie zagranicą, zwłaszcza w sanatoryach. Na mocy swego osobistego doświadczenia, zdobytego w Warszawie oraz podczas pobytu w Pawii (Forlanini), Hamburgu (Brauer) i sanatoryum Vejlefjord (Saugman) w Danii, Borzęcki wypowiada kilka uwag. Wskazania do zabiegu obecnie rzeczywiście rozszerzyły się znacznie. Gdy dawniej żądano, aby drugie płuco było zdrowe, a raczej nie dawało objawów patologicznych, dzisiaj lekkie, niezbyt rozległe zajęcie drugiego płuca nie jest przeciwwskazaniem; owszem spostrzegano nawet ustępowanie tych zmian po pomyślnem dokonaniu odmy na stronie przeciwległej. Istnieje również dążenie do dokonywania zabiegu we wcześniejszych okresach choroby, nie czekając zbytniego wycieńczenia i ogólnej intoksykacyi. Jeśli sprawa nie ustępuje po leczeniu klimatycznem lub innem, przeciwnie ma dążność do dalszego rozwoju, wolno i należy spróbować leczenia odmą sztuczną. Wyniki, jakie B. widział, są niekiedy zdumiewające. Zastrzedz się jednak należy, że sam zabieg, a zwłaszcza pierwsze nakłucia, dokonywane bądźto z nacięciem skóry, metodą Brauera, bądź też metodą Forlaniniego, są operacyą poważną, pomimo swej pozornej prostoty; w przebiegu operacyi mogą się wydarzyć ciężkie powikłania, jak głęboka odma podpowięziowa, omdlenie, wreszcie śmierć. Borzęcki przytacza przypadek, którego był świadkiem przed niespełna 3 tygodniami (5 września r. b.) w jednem z większych sanatoryów zagranicznych. Do znanego w piśmiennictwie, jednego z pionierów leczenia sztuczną odmą, przybyła zdaleka 40-kilkoletnia kobieta w celu poddania się właśnie temu zabiegowi. Profesor przy pomocy B. i 2 swych asystentów przystąpił do wykonania operacyi. Po wkłuciu igły chora wyrzekłszy, że jest jej niedobrze, straciła przytomność, której nie odzyskała pomimo 2-godzinnych wszelkich możliwych usiłowań ze strony lekarzy. Sekcya wykazała jako prawdopodobną przyczynę śmierci zator gazowy w naczyniach mózgowych, aczkolwiek przyrząd był zamknięty i gaz do obiegu krwi nie mógł się przedostać. Jest rzeczą możliwą, że powietrze dostało się do zranionej igłą żyły z pęcherzyków płucnych. Przypadek ten wkrótce będzie opisany. Ze względu na możliwość tak poważnych powikłań, B. sądzi, że dokonywanie przynajmniej pierwszych nakłuć powinno się odbywać wyłącznie w szpitalu lub zakładzie, a już co najmniej w obecności drugiego kolegi. B. dziwi się postępowaniu niektórych le-

karzy, którzy nawet pierwsze nakłucie robią w domu chorego sami bez asystencyi drugiego lekarza; postępowanie takie uważa B. co najmniej za lekkomyślne.

A. Sokołowski wyraża zdanie, że zabieg omawiany wogóle ani ciężki, ani przy pewnej wprawie nie trudny do wykonania, może być i u nas stosowany z korzyścią u pewnej kategoryi chorych pod warunkiem, aby stan ogólny chorych nie przedstawiał daleko posuniętego wyniszczenia; takim bowiem chorym sztuczna odma nic nie pomaga, a sama metoda uledz może zdyskredytowaniu. Metoda ta stosowana być może rzadko, jeśli ma przynieść istotną korzyść chorym; stosowanie jej u każdego niemal suchotnika z dalej posuniętą gruźlicą, jak to bywa obecnie w niektórych sanatoryach szwajcarskich i niemieckich, sprawia na S. wrażenie metody bardziej komercyjnej, niż lekarskiej. S. podziela w zupełności zapatrywanie Borzęckiego, aby przynajmniej pierwsze nakłucie wykonywano w szpitalu lub lecznicy. Wreszcie zaznacza, że szerzej stosowana odma sztuczna pozwoli na naszym gruncie ustalić odpowiednie wskazania i wnioski bez potrzeby kierowania chorych za granicę.

2) Trzciński: **Kilka słów w sprawie salwarsanu**. Salwarsan niewątpliwie usuwa przejawy przymiotu, czasami bardzo szybko i efektownie, czasami zaś bardzo słabo lub wcale nie działa. Jest rzeczą wątpliwą, czy przyspiesza inwolucyę objawu pierwotnego i różyczek; widoczniej działa wobec wysypek grudkowych; najefektowniej zaś na zmiany w jamie ustnej podczas wczesnych wysypek, na wrzodziejące wykwity skórne i wrzodziejące postacie przymiotu krtani. Sprawy kostne, nerwowe i zmiany w gałce ocznej są bardzo wobec salwarsanu oporne. Działanie środka trwa nie dłużej nad 2—3 tygodni i dlatego entuzyaści stosują dziś całą seryę wlewań, jako metodę leczniczą. Do ujemnych stron nowego leku należą przedewszystkiem dość liczne przypadki t. zw. salwarsanowej śmierci. (Opis przypadku Marschalki, referowanego na Zjeździe rzymskim; śmierć na 5. dzień po wlaniu 0,53 salwarsanu). Dawka śródżylna salwarsanu 0,6, podana przez Ehrlicha, jako »dosis tolerata«, jest stanowczo za wysoka; jedynie racyonalną i bezpieczną jest dawka 0,3—0,4. Po jednorazowem stosowaniu salwarsanu bez rtęci występują często wczesne i ciężkie neurorecydywy, które nie dowodzą neurotropizmu leku, czego nie udało się ustalić, ale są właściwie następstwem nieleczenia przymiotu. Należałoby więc wlewania powtarzać. To znowu nie jest zalecone, bo wywołuje objawy anafilaktoidalne po 2 lub 3 wlewaniu, objawy nieprzyjemne, często zmuszające do przerwania zabiegu, a czasem nawet kończące się śmiercią, jak w przypadku Gaucher (chory 28 l. umarł po trzeciem wlaniu 0,3 leku). Prócz tego seryowe wlewanie salwarsanu, jako jedyne leczenie przymiotu, nie zabezpiecza chorego od zmian parasyfilitycznych w przyszłości, co jest najważniejszem zadaniem w leczeniu wczesnego przymiotu. Tymczasem 6—8 seryi wcierań szaruchy, wykonanych »lege artis« w pierwszych 2—3 latach trwania choroby, chroni chorego od wiądu i porażenia postępującego. Wreszcie ujemną stroną leku jest ogólny odczyn ustroju, występujący w 2 godziny po wlewaniu; ale odczyn ten po dawkach racyonalnych, t. j. 0,3, jest słaby, a często nie bywa go zupełnie. Po wlewaniu chory powinien resztę dnia stanowczo spędzić w mieszkaniu. A więc salwarsan jest cennem uzupełnieniem arsenału przeciwprzymiotowego, ale nie usuwa rtęci i jodu, jako podstawowych czynników leczenia; działa w niektórych przypadkach bardzo efektownie, ale sam jeden bez rtęci nie wystarcza, a do seryowego wlewania nie może być używany. Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 5. VI. 1912.

Przewodniczący: Kol. Sterling. Sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Goldman pokazał 5-letniego chłopca, operowanego z przyczyny **uszkodzenia czaszki i opony twardej**.

Tenże pokazał dwuletnie dziecko po dokonanym przed 2 tygodniami zabiegu operacyjnym z przyczyny **ropnia mózgu**. Ropień był wielkości pomarańczy — ropy było około 100 gramów.

2. Kol. Pański przeczytał rzecz p. t. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia ropni mózgowych. Przypadek ropnia w zawoju skroniowym usznego pochodzenia**.

Oto treść odczytu:

Ropnie w mózgu usznego pochodzenia są przeważnie pojedyncze. Niekiedy formuje się jednocześnie kilka ropni, a co trzeba mieć na względzie przy operacyi ropni. Przypadek omawiany należy do tej kategoryi. 32 l. robotnik podczas cierpienia ucha traci przytomność. Badanie wykazuje: opór mięśniowy zwiększony w kończynach strony prawej, ptosis z lewej; aphasia sensoria. Rozpoznanie ropnia w zrazie skroniowym lewym. Operacyę wykonał kol. Goldman. Próbne nakłucie poprzez oponę nie pulsującą, wykazało ropę, którą usunięto; rewizya ścianek ropnia nie wykazała innego ogniska ukrytego. Podczas przebiegu pomyślnego pogorszenie, rozbudzające podejrzenia co do drugiego ropnia. Po zmianie opatrunku i wypuszczeniu ropy wybitna poprawa; tegoż samego dnia (12. po operacyi) nagła śmierć. Sekcya wykazała drugi ropień głęboko w korze tegoż zawoju. Powiększenie kazuistyki przypadków skomplikowanych ułatwi rozpoznanie tychże. Wnioski: Pogorszenie stanu ogólnego obok ponownego wystąpienia objawów powinny czynić niezbędnem dokładne obejrzenie jamy ropnia i okolic mózgu ropień okalających; raptowne polepszenie stanu ogólnego niezawsze jest przejawem pomyślnym; zaburzenia mowy, nie ustępujące po dokonanej operacyi ropnia zawoju skroniowego lewego, nie mogą być wskaźnikiem pozostającej jeszcze ropy w tym zawoju.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Rozenblat, Pieniążek, Helman, Tomaszewski, Goldman i prelegent.

3. Kol. Tomaszewski i Pański pokazali preperat **nowotworu**, usadowionego **w konarze mózgowym**. Przypadek rozpoznany i operowany.

Kol. Pański i Goldman pokazali rozpoznany operowany przypadek **nowotworu móżdżku**.

Kol. Goldman pokazał 2 rentgenogramy.

Sonenberg.

Uwagi językowe.

Otrzymujemy list następujący:

»Ostatnimi czasy nietylko rozpowszechnia, lecz zgoła rozpanosza się w naszych pismach germanizm: »dany« — »z danych« — »w danym przypadku«... etc. — rażący każde po polsku myślące mózgowie. Nawet w wybornej książce kolegi Alf. Sokołowskiego, rozpowszechnionej między uczniami ś. p. Neussera w przekładzie niemieckim, nie brak skutkiem tego ustępów, czyniących niemiłe wrażenie niezręcznego przetłómaczenia tekstu niemieckiego. — Żyjąc tradycyami zasłużonego w słownictwie naszem ś. p. Skobla (ob. broszurę: »O skażeniu języka polskiego«, wydaną w epoce posłowania tegoż profesora w Sejmie galic.), śmiało twierdzić mogę, że germanizm ten byłby się spotkał z energiczną krytyką tego zasłużonego patryoty, tem więcej, że bogactwo naszego języka pozwala z całą łatwością na usunięcie tej kakofonii. Nie roszczę sobie pretensyi, by słowa moje miały taką doniosłość, jaką miałby głos ś. p. prof. Skobla,

nie uwalnia mię to jednak od wypowiedzenia usilnej prośby do Szanownych Kolegów Redaktorów, by na wytępienie owego germanizmu wpływać raczyli.

Dr Stanisław Bulikowski w Wiedniu«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, prof. Dr Stanisław Ciechanowski, powrócił po feryach do czynności redakcyjnych.

— Druk »Kalendarza lekarskiego krakowskiego na r. 1913« już się rozpoczął. Redakcya jego (Dr Klęsk, Kraków, Wolska 9) uprasza więc o jaknajrychlejsze nadesłanie reszty poprawek i uzupełnień adresów kolegów i t. p. Kalendarz krakowski, w ostatnich latach bezsprzecznie nie ustępujący wydawnictwom zagranicznym, powinienby je naszym lekarzom zupełnie zastąpić i przypuszczać wolno, że kalendarze obce, nadsyłane nam natrętnie w wielkiej liczbie, mieć będą coraz mniej odbiorców.

— W Krakowie ma być otwarte niebawem miejskie ambulatoryum dentystyczne dla ubogiej dziatwy szkolnej. Uposażenie instrumentaryum i lokalu zawdzięcza ono prof. Łepkowskiemu i firmie Ash. X.

— W sprawie Domu Zdrowia Tow. uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

»Wobec wieści, rozsiewanych ostatnimi czasy w niektórych organach prasy, a szkodzących Instytucyi Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, Zarząd, Rada Nadzorcza i naczelny lekarz Towarzystwa, nie będąc w stanie odpierać za każdym razem nieuzasadnionych zarzutów, poczuwają się do obowiązku udzielenia ogółowi polskiego społeczeństwa następujących wyjaśnień.

Założone przed 12 laty Towarzystwo Domu Zdrowia od początku swego istnienia żadnym zasadniczym zmianom nie uległo, prócz stałej i konsekwentnej ewolucyi w kierunku nowoczesnych wymogów sanatoryalnych. Wszelkie zatem wieści o reformach statutowych, rzekomo zmieniających polski charakter Instytucyi, są absolutnie niezgodne z prawdą. Domem Zdrowia rządzi ogół polskiej młodzieży, zorganizowanej przy wyższych uczelniach w kraju i zagranicą w grupy Domu Zdrowia Pomocy Bratniej. Wysyłają one delegatów swych na doroczne Zjazdy, stanowiące najwyższą instancyę Towarzystwa. Jednomyślność uchwał tegorocznego Zjazdu, odbytego 15. i 16. sierpnia w Zakopanem, pomimo różnic kierunków wśród młodzieży, świadczy wymownie o gorącem przejęciu się jej doniosłością zadań humanitarnych, które stanowią treść i cel działalności Domu Zdrowia.

Paragraf statutu, mocą którego pacyenci Domu Zdrowia wysyłali swego przedstawiciela na Zjazd, został jednomyślną uchwałą młodzieży (a zatem i delegata pensyonarzy Domu Zdrowia) wykreślony, a to na wniosek lekarzy, przeświadczonych o szkodliwym wpływie wyborczej atmosfery podczas mianowania delegata na stan zdrowia pacyentów. Natomiast uchwalono nowe zmiany statutowe, zapewniające każdemu pensyonarzowi prawo zwracania się z żądaniami lub zażaleniami do wszystkich władz Towarzystwa, a więc do Zarządu, do naczelnego lekarza, do Rady nadzorczej i do Zjazdu Delegatów.

Co do zarzutów, dotyczących wadliwej gospodarki finansowej, pociągającej za sobą niedobór w budżecie na rok następny w przypuszczalnej kwocie 16.000 kor., rzecz przedstawia się jak następuje: Tegoroczny Zjazd Delegatów, pomimo dotkliwego podrożenia ostatnimi czasy artykułów żywności i pomimo znacznego polepszenia warunków bytu pacyentów w przeniesionym obecnie na Gubałówkę, rozszerzonym i znacznie ulepszonym Domu Zdrowia (kanalizacya, centralne ogrzewanie, wodociągi, łazienki etc.), nie uznał za możliwe podwyższyć opłaty od znajdujących się nieraz w nędzy pensyonarzy. Opłata miesięczna wynosi, jak i dawniej, 100 koron, rzeczywiste zaś koszta utrzymania dochodzą do 150 kor. Od początku istnienia Domu Zdrowia niedobory budżetowe są zjawiskiem stałem i jak prawie w każdej instytucyi tego rodzaju, bywają one pokrywane corocznie z różnych źródeł: przez wkładki nowych członków, datki jednorazowe, zapisy, wogóle dzięki ofiarności publicznej w różnych postaciach.

Wspominamy nakoniec, że po jednomyślnem uchwaleniu absolutoryum dotychczasowemu Zarządowi, oraz wyrażeniu gorącego podziękowania byłemu prezesowi Towarzystwa Drowi J. Żychoniowi i ustępującym pp. Dr Kuczewskim, nastąpił również jednomyślny wybór Zarządu, Rady Nadzorczej i nowego naczelnego lekarza Domu Zdrowia. Zadaniem tych organów będzie służyć w miarę swych sił sprawom Domu Zdrowia »Bratniej Pomocy«, jako instytucyi ze wszech miar pożytecznej i stanowiącej tak ważną placówkę w walce z gruźlicą.

Liczymy w naszej pracy na skuteczną pomoc i życzliwe poparcie całego polskiego społeczeństwa.

Prezes Towarzystwa: Dr Kazimierz Dłuski. Sekretarz: Dr Leopold Winnicki. Zarząd: Dr Karol Morawski, wiceprezes, Elżbieta Trenklerówna, naczelny lekarz i dyrektor Domu Zdrowia Dr Edmund Brzeziński. Rada Nadzorcza: Dr Bronisława Dłuska, Tadeusz Korniłowicz, Rafał Korniłowicz, Dr Antoni Kuczewski.

— O frekwencyi zdrojowisk galicyjskich podają »Nasze Zdroje« w Nrze 22. z dn. 1. X. 1912 następujące wiadomości: w Zakopanem doszła lista 11.293 osób, (o Krynicy niepodano), w Jaworzu 5.706, w Truskawcu 4.721, w Szczawnicy 4.342, w Rabce 3.351, w Rymanowie 2.836, w Żegiestowie 1183.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † 1), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 5 † — (3 † 3), odry 3, duru brzusznego 3 † — (1 † 1), czerwonki 4 † — (— † 1), róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. Od długiego szeregu lat wydaje »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« corocznie »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, zawierający streszczenia wszystkich prac lekarskich polskich, ogłoszonych drukiem w ciągu roku, a oddający nieocenione usługi każdemu polskiemu autorowi i czytelnikowi, nieobojętnemu na swojski dorobek naukowy. Przed paru laty nastąpiła w tem wydawnictwie jednoroczna przerwa z przyczyny znanych zajść politycznych. Od tego czasu wychodzi »Przegląd piśmiennictwa« z opóźnieniem, tak, że ostatni, który wyszedł, obejmuje rok 1908. W roku bieżącym »Przegląd piśmiennictwa« dotąd się nie ukazał. Byłoby bardzo pożądane, by w przyszłości termin wydawnictwa tego mógł być o ile możności wcześniejszy i by zostało wyrównane opóźnienie, przed paru laty powstałe, tak, aby według dawniejszego wzoru »Przegląd piśmiennictwa« ukazywał się w kilka miesięcy po zamknięciu roku, z którego zdaje sprawę.

— Dr Ksawery Watraszewski obchodził 6. X. trzydziestoletni jubileusz pracy na stanowisku naczelnego lekarza szpitala św. Łazarza. Na obchodzie jubileuszowym, urządzonym w szpitalu, przemawiali do Jubilata kurator szpitala p. Barylski, następnie Dr Trzciński imieniem lekarzy szpitalnych, inspektor szpitali Dr Troickij, naczelnik miejskiego Wydziału dobr. p. Koralewski, inspektor miejskiego urzędu lek. Dr Puszkin, wreszcie Dr Feliks Malinowski, ofiarowując poświęcony Jubilatowi zeszyt »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych«.

— Dr Mikołaj Rejchman złożył w r. 1911 Towarzystwu naukowemu warszawskiemu, za pośrednictwem Komitetu do badania i zwalczania raka, na założenie pracowni dla badań nad nowotworami, a zwłaszcza nad rakiem, tysiąc rubli). Komisya urzadzająca pracownie naukowe Tow. nauk. warsz. w zasadzie uchwaliła założenie tej pracowni, o ile na jej założenie i prowadzenie zebrane zostaną w drodze prywatnej odpowiednie środki i złożone będą do dyspozycyi Towarzystwa naukowego warszawskiego.

— Zmarły przed kilku dniami Dr Stanisław Hassewicz, znany w całej Polsce z niezwykłej ofiarności na cele oświaty i obrony narodowej kresów, zapisał cały swój majątek w kwocie 180.000 rubli na cele publiczne: główną część na rzecz Macierzy szkolnej Ks. Cieszyńskiego, zresztą dla Akademii Umiejętności w Krakowie, Towarzystw oświaty ludowej i Szkoły ludowej w Krakowie, Towarzystw czytelni ludowych i pomocy naukowej im. Marcinkowskiego w Poznaniu, dalej dla prywatnego seminaryum nauczycielskiego w Ursynowie pod Warszawą i na stypendya dla młodzieży. Ś. p. Dr Stanisław Hassewicz urodził się w Lublinie, kształcił się w zawodzie lekarskim w b. Akademii medyko-chirurgicznej i w b. Szkole głównej warszawskiej, doktorat otrzymał w Paryżu. Pracował długie lata w Karlsbadzie, ciesząc się wielkiem uznaniem i zaufaniem. Dr Hassewicz oddawał się gorąco działalności na polu narodowem i społecznem. Popierał gorliwie czytelnie ludowe w Poznaniu, był inicyatorem założenia Domu akademickiego we Lwowie i pierwszy złożył na ten cel ofiarę w sumie 20.000 koron. Szkoła ludowa cieszyńska zawdzięcza jemu wyłącznie swe istnienie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 30. IX. do 7. X. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 2 † 2, czerwonki 2.

Dr Treukner.

Z różnych stron. Dla I. międzynarodowego Zjazdu pedyatrycznego w Paryżu wydał »Przegląd pedyatryczny« broszurę p. t. »Etat actuel de la pédiatrie en Pologne«. W broszurze tej, zawierającej 40 stronic, a napisanej przez Dr Mogilnickiego z Łodzi, znajdują się naprzód wiadomości historyczne i opis istniejących obecnie polskich zakładów pedyatrycznych w Królestwie Polskiem, Galicyi i Poznańskiem, dalej spis polskich czasopism lekarskich, w końcu zaś bardzo starannie zebrana bibliografia polskich prac pedyatrycznych lub z pedyatryą związek mających z ostatnich lat 12 (1900—1912). Zarówno pomysł, jak i wykonanie tego wydawnictwa są doskonałe: w formie bardzo treściwej daje ono obraz obecnego stanu pedyatryi w Polsce, a »Przegląd pedyatryczny« może je zapisać na rachunek rzetelnych swoich zasług.

Podobną zasługą rozpoczyna też swoją działalność zawiązane w r. z. Towarzystwo ginekologów polskich. Wydało ono właśnie obszerny tom (516 stron) p. t. »Obrady sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie«, zawierający w całości lub w dokładnych streszczeniach wszystkie wygłoszone na Zjeździe wykłady i przedstawione prace, oraz dyskusye według zapisków stenograficznych. Na początku tomu dodano francuskie streszczenia wszystkich wykładów (na 22 str.). Dzieło to, wydane na zlecenie prezydyum Towarzystwa ginekologów polskich przez prof. Dr Al. Rosnera, jako gospodarza Sekcyi ginek. XI. Zjazdu lek. i przyr. polsk. i prof. Dr St. Ciechanowskiego, zostało w kilkuset egzemplarzach rozdane na niedawno w Berlinie odbytym międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym, dając świadectwo ruchowi i żywotności tej gałęzi nauk lekarskich w Polsce.

— Podręcznik laryngologii Dr Teodora Heryngа z Warszawy, przełożony już dawniej na rosyjskie i niemieckie, wyszedł obecnie w przekładzie francuskim.

— Od 3. do 9. bm. odbywał się w Pradze czeskiej VI. międzynarodowy Zjazd dla elektrologii i radyologii lekarskiej. Wśród honorowych prezesów Zjazdu znajdowali się z Polaków: minister skarbu W. Zaleski i szef sekcyi ministerstwa oświaty Dr Ćwikliński, wśród członków honorowych Zjazdu oprócz pani Curie-Skłodowskiej rektorowie polskich szkół wyższych, prezes i wiceprezes Akademii Umiejętności. Delegatem Wszechnicy Jagiellońskiej na Zjazd był prof. Dr Julian Nowak, dziekan Wydziału lekarskiego. Podczas Zjazdu odbyły się wycieczki do Sv. Jachimova koło Karlsbadu, gdzie są najobfitsze pokłady rudy radonośnej i do Wiednia dla zwiedzenia świeżo założonego przez cesarza Instytutu radyologicznego.

— Lekarze w Rosyi nie odbywali dotychczas żadnej służby wojskowej, lecz przechodzili po ukończeniu studyów wprost do rezerwy, a powoływani bywali do służby tylko w razie wojny. Od grudnia r. b. będą lekarze po ukończeniu studyów odsługiwać 4 miesiące pod bronią, jako zwykli szeregowcy, a potem przez 16 miesięcy użyci być mogą do sprawowania obowiązków czysto lekarskich. Po tych 20 miesiącach czynnej służby przechodzić będą do rezerwy na lat 16 (dotąd 13 lub 18), a potem do pospolitego ruszenia.

— Liczba studentów medycyny w Niemczech mimo wszelkich głosów ostrzegawczych podnosi się stale i wynosi obecnie 13.409 (w r. 1911 wynosiła 11.927, a przed 6 laty wynosiła 6.000). X.

— W czasie międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie w r. 1913 odbędzie się konferencya w sprawie studyów lekarskich i studyów uzupełniających. Na konferencyi tej złożą zaproszeni przez międzynarodowy Komitet dla studyów uzupełniających referenci sprawozdania o obecnym toku regularnych studyów uniwersyteckich, o stosunku nauki uniwersyteckiej do studyów uzupełniających i o obecnym stanie kursów uzupełniających. Oprócz tego będą zadaniem konferencyi obrady nad dwoma ważnymi przedmiotami: mianowicie nad reformą nauczania ze względu na znaczenie techniki w zawodzie lekarskim i nad doniosłością medycyny społecznej jako przedmiotu nauki. Dokładniejszych wyjaśnień udziela biuro Komitetu (Intern. Komité für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4).

— III. Międzynarodowy Zjazd w sprawie chorób zawodowych odbędzie się w jesieni r. 1914 w Wiedniu. Już obecnie zapewniony jest udział szeregu najwybitniejszych pracowników na tem polu, jakoteż referenci dla następujących przedmiotów obrad: 1) Znużenie. (Wpływ pracy zawodowej na układ nerwowy. Praca nocna). 2) Praca w powietrzu gorącem i wilgotnem. 3) Wąglik u robotników. 4) Pylice. 5) Szkodliwy wpływ elektryczności w przemyśle. 8) Zatrucia zawodowe. 7) Szkodliwy wpływ pracy zawodowej na słuch. Na czele komitetu stoi r. min. Dr Haberler, referent sanitarny ministerstwa spraw wewn. — W sprawach Zjazdu udziela wyjaśnień sekretarz komitetu, prof. Dr Teleky (Wiedeń IX. Türkenstrasse 23).

Mianowani: Dr Włodzimierz Popiel lekarzem naczelnym zakładu położniczego przy ul. Karowej w Warszawie; prof. Kaup z Berlina profesorem higieny przemysłowej i społecznej w Monachium; prof. Albrecht z Wiednia profesorem anatomii patol. w Gracu.

Zmarli: Dr Ignacy Maluszycki, były inspektor lekarski gub. Siedleckiej, rzeczyw. radca stanu, w 77 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.